Scanned with CamScanner

PSIHIATRIE CLINICĂ

Scanned with CamScanner

B. CUPARENCU ■ TR. HOTICO ■ RODICA MACREA
ST. RÂNDAȘU ■ L. SAFTA ■ AL. SECĂREANU
AURELIA SÎRBU

PSIHIATRIE CLINICĂ
GHID ALFABETIC

SUB REDACȚIA
AURELIA SÎRBU

EDITURA DACIA
CLUJ-NAPOCA, 1979

Scanned with CamScanner

PREFAȚA

În psihiatria actuală se resimte din ce în ce mai acut cerința generală de a folosi termenii existenți în circulație, într-un consens unanim admis, pentru a ușura în acest fel necesitatea unei comunicări corecte, rapide și adecvate. Prezentarea alfabetică pentru care am optat oferă avantaje mari în acest sens. Totodată a permis o sinteză clinică de elaborare sub o formă succintă a unui material vast și divers. Termenii au o extindere variabilă în funcție mai ales de utilitatea lor în practica medicală în general și în psihiatrie în special.

Dozele din prezenta lucrare se referă la adulți. Administrarea produselor medicamentoase se face progresiv pînă la obținerea efectului terapeutic, după o strictă individualizare.

În speranța că adresabilitatea largă pe care am avut-o în vedere, va găsi ecoul necesar în rîndul colegilor, a studenților precum și a tuturor cititorilor interesați să cunoască psihopatologia, le rămînem totodată recunoscători pentru sugestiile pe care le așteptăm.

AUTORII

Scanned with CamScanner

AUTORII

Dr. Doc. Barbu CUPARENCU (Profesor) (1)
Dr. Traian HOTICO (2)
Dr. Rodica MACREA (3)
Dr. Stelian RÂNDAȘU (4)
Dr. Liviu SAFTA (Conferențiar) (5)
Dr. Alexandru SECĂREANU (6)
Dr. Aurelia SÎRBU (Profesor) (7)

Scanned with CamScanner

LISTA DE ABREVIERI

ac.	=	acid
ACTH	=	adrenocorticotrofină
ADN	=	acid desoxiribonucleic
ARN	=	acid ribonucleic
ASC	=	aterosclerozǎ
CA	=	catecolamine
CP	=	cod penal
DOPA	=	dihidroxifenilalanină
EEG	=	electroencefalogramă
ECG	=	electrocardiogramă
EMG	=	electromiogramă
EŞ	=	electroşoc
FO	=	fund de ochi
F.R. IX	=	Farmacopeea Română ed a IX-a
GABA	=	acid γ-aminobutiric
Hb	=	hemoglobină
5 HIAA	=	ac. 5-hidroxiindolacetic
HIN	=	hidrazida ac. izonicotinic (izoniazidă)
5-HT	=	5-hidroxitriptamina (serotonină)
HTA	=	hipertensiune arterială
inj.	=	injecţie i.m. = intramusculară
		i.v. = intravenoasă
		s.c. = subcutanată
IMAO	=	inhibitor al monoaminooxidazelor (MAO)
LCR	=	lichid cefalorahidian (cerebrospinal)
LSM	=	laborator sănătate mintală
NA	=	noradrenalină (= norepinefrină)
OMS	=	Organizaţia Mondială a Sănătăţii
PAS	=	acid paraaminosalicilic
PEG	=	pneumoencefalografie
PGP	=	paralizie generală progresivă

Scanned with CamScanner

pic.	=	picătură
PMD	=	psihoza maniaco-depresivă
QI	=	coeficient de inteligență (scara Binet-Simon)
(R)	=	medicament tipizat străin
RBW	=	Reacția Bordet-Wassermann
ROT	=	reflex osteo-tendinos
sin.	=	sinonim
sol.	=	soluție
SNC	=	sistem nervos central
SNV	=	sistem nervos vegetativ
TA	=	tensiune arterială (presiune arterială)
TAR	=	tensiunea arterei retiniene
Tr.cr.cr.	=	traumatism cranio-cerebral
v.	=	vezi
VMA	=	acid vanilmandelic
(+)	=	medicament tipizat românesc

Scanned with CamScanner

ABIOTIC. Termen folosit în clasificarea generală a demențelor (mai ales presenile sau senile) pentru a diferenția apariția distrugerii masive neuronale determinată probabil de cauze legate de mecanismul lor intim de funcționare — în bună parte încă necunoscut — de procesul destructiv neuronal datorat tulburărilor circulatorii, traumatice sau infecțioase. (7)

ABLUTOMANIE. Tulburare de comportament caracterizată prin prezența unui ritual compulsiv manifestat prin spălarea abuzivă a mîinilor. A. apare în neuroza obsesivo-fobică și în psihastenie. (7)

ABREACȚIE. Termen propus de psihanaliști, prin care se înțelege apariția unei descărcări sau eliberări a persoanei dintr-o stare tensională latentă și de lungă durată. De obicei A. apare brusc ca urmare a unor asociații de idei din cadrul evocărilor. A. este folosită într-o serie de metode psihoterapeutice. Narcoanaliza poate ușura apariția A. în cadrul stărilor reactive. (7)

ABSENȚA EPILEPTICĂ. Formă de epilepsie primar generalizată neconvulsivă, caracterizată prin suprimarea bruscă a conștiinței pe o durată de cîteva secunde, fără fenomene postparoxistice semnificative, dar cu amnezie pentru perioada crizei. A.E. se întîlnește în două forme principale: *A. simplă petit mal* și *A. petit mal complexă,* cu mai multe varietăți: A. mioclonică, A. atonică, A. hipertonică, A. automatică (de diferențiat față de automatismele din epilepsia temporală sau unele automatisme din epilepsia psihomotorie), A. cu manifestări vegetative, A. sternutatorie, A. tusivă. Alături de simptomatologia clinică, diagnosticul este facilitat și de examinările electroencefalografice. (6).

ABSTINENȚA. În psihiatrie este utilizat pentru a caracteriza tulburările produse în urma întreruperii unui consum

Scanned with CamScanner

abuziv de droguri sau băuturi alcoolice. (7) (v. FARMACODEPENDENȚA).

ABULIE. Tulburare a voinței și activității caracterizată prin pierderea spontaneității și inițiativei. P. Janet a diferențiat *A. generalizată* — care cuprinde totalitatea tulburărilor conative care împiedică realizarea unei acțiuni, și *A. sistematizată*, în care există o incapacitate limitată de a duce la îndeplinire anumite acțiuni. A. și R. Muchielli (1969) deosebesc *A. intelectuală* — similară în mare măsură cu incapacitatea de concentrare a atenției asupra unei anumite tematici, și *A. motorie* — apropiată mai ales de apraxie. A. se întîlnește în oligofrenie, schizofrenie, psihastenie, opiomanie, demență. (7)

ACALCULIE. v. AGNOZIE

ACAROFOBIE. v. FOBIE

ACATAFAZIE. Tulburare de vorbire caracterizată prin inversări, greșeli în orînduirea cuvintelor în propoziții, fraze. A. apare în stări crepusculare, stări onirice, intoxicații acute, schizofrenie, demență. (7)

ACATAGRAFIE. Tulburare de scris caracterizată prin apariția erorilor în topica frazelor datorită unor așezări greșite a cuvintelor. A. se întîlnește în schizofrenie, debilitate mintală, epilepsie, demență. (7)

ACATALEPSIE. Tulburare cognitivă caracterizată prin insuficiența capacității de a pricepe sensul noțiunilor. A. apare în oligofrenii, demențe. (7)

ACATAMATEZIE. Pierderea unei funcții psihice (Predescu). (7)

ACATISIE. Imposibilitatea bolnavului de a păstra poziția șezîndă, caracterizată printr-o tulburare a activității psihomotorii. A. aparține kineziilor paradoxale din sindroamele extrapiramidale, fiind descrisă de Picard în 1924. Este mai frecventă în sindromul extrapiramidal postencefalitic, consecință a lezării axului mezodiencefalic și a substanței reticulate a trunchiului cerebral. A. este însoțită deseori de unele tulburări psihice cum sînt: labilitatea emoțională, aderență, sugestibilitate etc. În psihopatologie A. apare frecvent după un tratament îndelungat cu neuroleptice incisive în doze masive (Lyogen, Majeptil, Haloperidol etc) intrînd în componența așa-numitului „sindrom extrapiramidal neuroleptic" descris de J. Delay. A. ca și celelalte simptome extrapiramidale se combate sau, mai bine, se previne în psihiatrie prin administrarea concomitentă de antiparkinsoniene cu neuroleptice (Romparkin, Diparcol, Artane etc) și de vitamină B_6. (4)

Scanned with CamScanner

ACEROFOBIE. v. FOBIE

ACID ASCORBIC (vitamina C). Este o vitamină hidrosolubilă care se găseşte mai ales în fructe (citrice, măcieşe) şi legume (tomate, ardei, cartofi, varză) proaspete. Se absoarbe bine din tubul digestiv. Necesarul zilnic este cuprins între 75—100 mg. Omul nu poate sintetiza vitamina C, fiind necesar aportul exogen. În organism participă la procesele de oxido-reducere celulară, intervine în unele procese metabolice, creşte rezistenţa capilarelor, măreşte rezistenţa la infecţii. Carenţa vitaminică produce scorbutul, iar hipovitaminoza determină astenie şi scăderea rezistenţei la infecţii. În psihiatrie A.A. se poate utiliza în stări de apatie, astenie, iritabilitate, tulburări funcţionale de memorie, tulburări uşoare de comportament, depresii. Efectele A.A. sînt potenţate de vitamina P şi K. La rîndul său potenţează acţiunile adrenalinei. A.A. se poate asocia cu ac. nicotinic, riboflavina, piridoxina, ac. 1-glutamic. Nu se poate utiliza în tratamente prelungite la bolnavii cu litiază oxalică. *Preparate. Posologie.* Preparatul Vitamina $C^{(+)}$ se prezintă sub formă de comprimate de 50 sau 200 mg; comprimate efervescente de 500 mg; fiole de 2 şi 5 ml (soluţie 10%), care conţin 200 respectiv 500 mg A.A. Se poate administra per os 100—1000 mg pe zi; iar parenteral (i.m. sau i.v.), 1—2 fiole zilnic sau la 2 zile. La început se administrează 500—1000 mg pe zi, timp de cîteva zile, apoi doze de întreţinere, de 100 mg pe zi. Pentru tratarea deficitului de A.A. se administrează 0,3—1 g pe zi, pînă la apariţia vitaminei C în urină (semn de dispariţie a carenţei) după care se reduce doza, medicamentul administrîndu-se ulterior după schema de mai sus. Soluţiile injectabile de ascorbat de Na au un pH 5—6; ele nu pot fi asociate cu soluţii injectabile alcaline, ciancobalamină (inactivare), penicilină, sulfamide, adrenalină, noradrenalină, hidrolizate de proteine. (5)

ACLUOFOBIE. v FOBIE

ACORIE. Tulburare de instinct alimentar caracterizată prin absenţa saţietăţii, fapt pentru care bolnavii mănîncă mult şi încontinuu fără să se oprească. A. poate apare în oligofrenie gravă, schizofrenie cronică, demenţă. (7)

ACROFOBIE. v FOBIE

ACROMATICE, halucinaţii. v. HALUCINAŢII

ACTIV, delir. v. DELIR

ACTIVARE (EEG). Procedeu standardizat utilizat în vederea declanşării anomaliilor EEG, care nu s-au evidenţiat prin înregistrări de rutină. Printre cele mai utilizate procedee de ac-

Scanned with CamScanner

tivare menționăm: hiperpneea, stimularea luminoasă intermitentă, activarea cu bemegrid (Ahypnon R, Mégimide R), activare prin somn fiziologic sau indus medicamentos (cloralhidrat, evipan, baytinal, amital sodic). (6)

ACTIVITATE (EEG). Succesiune de unde, de același tip, înregistrate pe electroencefalogramă. Printre principalele activități EEG menționăm: 1. A. alfa (α). Succesiune de unde cu durată între 1/8—1/13 sec. (frecvența 8—13 c/s); 2. A. beta (β). Succesiune de unde cu durată între 1/14—1/30 sec. (frecvența 14—30 c/s). 3. A. theta (Θ). Succesiune de unde cu durată 1/4—1/7 sec. (frecvența 4—7 c/s); 4. A. delta (δ). Succesiune de unde cu durată peste 1/4 sec. (frecvența sub 4 c/s). În EEG se mai utilizează termenul de activitate de fond, pentru a desemna tipul de activitate dominantă, înscrisă pe o înregistrare encefalografică, cît și termenul de activitate paroxistică, prin care se înțelege salve de unde (sau unde izolate) care apar și se termină brusc, înscrise sincron sau asincron, însoțite și de o simptomatologie clinică (activitate paroxistică critică) sau nu (activitate paroxistică infraclinică). Uneori prin frecvența lor cît și prin durata mai lungă, activitatea paroxistică poate fi confundată cu activitatea de fond dacă nu se efectuează o interpretare adecvată a traseului. (6).

ACUASMA. v. HALUCINAȚIE

ACUFENA. Percepția unor zgomote, șuierături, țîrîituri recunoscute în general de bolnav ca anormale. A. apare în otite cronice, nevrite acustice alcoolice, nevrite acustice posttraumatice, hipertensiune arterială cerebrală, ASC, insuficiență vertebrobazilă, migrene etc. (7)

ACUSTICOFOBIE. v. FOBIE

ACUT, DELIR. v. CONFUZIE MINTALĂ

ACUSTICOVERBALE, HALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚIE

ACVAFOBIE sau HIDROFOBIE. v. FOBIE

ADELOMORFĂ, HALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚIE

ADAMANTANAMINA. (Adamantină, Adamantilamină, Amantadină, Mantadan(R), PK-Merz(R), Symmetrel(R), Viregyt(R)). Este o amină cu 10 atomi de carbon, solubilă în apă. Are acțiune profilactică în gripă (virus tip A_2) și este înzestrată cu proprietăți antiparkinsoniene. În parkinsonism este eficace față de rigiditate, dar influențează puțin tremurăturile și akinezia. Are efecte favorabile și în sindromul parkinsonian de origine medicamentoasă (de ex. după neuroleptice). A. acționează prin potențarea acțiunii dopaminei striatale. Din acest motiv eficacitatea sa este condiționată de existența receptorilor dopami-

Scanned with CamScanner

nergici; poate acționa și indirect printr-un mecanism simpaticomimetic, de tip amfetaminic. Efectul său terapeutic se instalează după cîteva zile. În boala lui Parkinson poate ameliora dispoziția bolnavului. Efectele secundare pe care le determină constau în ameţeli, vedere voalată, irascibilitate, insomnie, incapacitate de concentrare, ataxie, convulsii, tulburări digestive, retenție hidrică cu edeme. După doze mari, în condițiile asocierii cu antiparkinsoniene cu efect colinolitic sau L-Dopa se pot produce stări de agitație psihomotorie, halucinații, stări confuzo-onirice. A. este contraindicată la gravide. Se administrează cu prudență la bolnavii care prezintă stări confuzive sau halucinatorii, la epileptici, aterosclerotici, în afecțiuni hepatice și renale grave. Nu se prescrie în tratament ambulator la persoanele care exercită profesiuni unde se cere coordonare psihomotorie, atenție concentrată sau în activități de precizie (dispeceri, procese automatizate, conducători de vehicule). Nu se asociază cu excitante ale SNC, anorexigene, simpaticomimetice. Este interzis consumul de alcool în cursul tratamentului. *Preparate. Posologie.* Symmetrelul(R) și Viregytul(R) se prezintă sub formă de capsule care conțin 100 mg clorhidrat de A. Se administrează per os, la început 100 mg pe zi, timp de 4—7 zile, pentru tatonarea toleranței, apoi doza se poate mări treptat, pînă la 200—300 mg pe zi. Doza de întreținere poate fi administrată mai multă vreme, apoi dozele se reduc treptat. A. se poate asocia cu antiparkinsoniene anticolinergice (v. ANTIPARKINSONIENE) sau L-Dopa. În aceste cazuri se vor prescrie doze mai reduse, deoarece pot fi potențate efectele secundare. Alte preparate sînt Mantadanul(R), PK-Merz(R). (5)

ADAMANTINA. v ADAMANTANAMINA

ADAPTARE. Proces complex de obișnuire și integrare a organismului la condițiile de mediu. A. profesională — proces de integrare activă și suplă a persoanei în stereotipul profesional, în esență prin învățarea și ulterior automatizarea deprinderilor profesionale. A. socială — proces de integrare activă a persoanei în micro și macrocolectivul social în care trăiește. Cele mai dese tulburări de A. survin în psihopatie, în diferite psihoze, în oligofrenii, în epilepsie. (6)

ADEPRIL. v. AMITRIPTILINA

ADEZIVITATE. Atitudine comportamentală manifestată prin viscozitate afectivă, lentoare intelectuală și psihomotorie, încăpățînare, insistență în maniera de a cere ceva, politețe exagerată, afectare puerilă, perseverare, inerție. A. apare ca un element comportamental caracteristic epilepticilor; mai poate

Scanned with CamScanner

surveni în intoxicații cronice cu barbiturice, confuzii mintale prelungite, psihastenie. (6)

ADINAMIE. Lipsă de energie psiho-motorie, întîlnită în patologia psihiatrică în diverse boli ca: nevroze, psihopatii, depresii, intoxicații cronice, farmacodependență. (6)

ADIPSIE. Lipsa senzației de sete întîlnită în melancolie, confuzie mintală, demență. (7)

ADRENERGICE (adrenomimetice, stimulente adrenergice). Sînt compuși similari ca structură cu adrenalina, care acționează asupra unor receptori specifici (adrenergici). Receptorii adrenergici se clasifică în: α) prin stimularea lor se produce vasoconstricție, piloerecție, contracția capsulei splenice, o parte din efectele relaxante intestinale; β) excitarea lor determină: vasodilatație, efect cronotrop pozitiv, acțiune inotrop pozitivă, apariția de aritmii cardiace, o parte din relaxarea musculaturii netede intestinale, relaxarea bronhiilor, lipoliză, hiperglicemie. După natura receptorilor stimulați, adrenomimeticele se împart în: α adrenomimetice ca fenilefrina, noradrenalina; β adrenomimetice ca: isoprenalina (Bronhodilatin(+), Aleudrin(R), Novodrin(R)), orciprenalina (Alupent), salbutamol etc; α + β adrenomimetice: adrenalina. Un alt criteriu de clasificare al adrenomimeticelor constă în stimularea directă a receptorilor (adrenomimetice directe), în excitarea lor în urma eliberării de CA (adrenomimetice indirecte) sau prin ambele mecanisme (adrenomimetice mixte). Adrenomimetice directe: adrenalina, noradrenalina, izoprenalina, fenilfrina. Adrenomimetice indirecte: amfetamina, tiramina. Adrenomimetice mixte: efedrina. Din punctul de vedere al acțiunii preponderente, adrenomimeticele se clasifică în: a) adrenomimetice vasoconstrictoare: noradrenalina, adrenalina, fenilefrina, mefentermina, metoxamina, metaraminolul, nafazolina; b) cu efecte preponderent stimulatoare asupra sistemului nervos central; amfetaminele, efedrina, amfepramona (Silutin(+)), fenmetrazina (Gracidin(R)); c) cu acțiuni vasodilatatoare și bronhodilatatoare: izoprenalina, orciprenalina, salbutamolul. Indicațiile terapeutice rezultă din acțiunile lor preponderente descrise mai sus. (1)

ADRENOLITICE (adrenoblocante, blocante adrenergice). Sînt medicamente care blocînd receptorii adrenergici împiedică efectele CA și ale adrenomimeticelor în general. După natura receptorilor blocanți A. se clasifică în: α-adrenolitice și β-adrenolitice. α-adrenoliticele inhibă (sau chiar inversează) efectele presoare ale α-adrenomimeticelor. Datorită acestui fapt se folosesc în tratamentul formelor paroxistice ale hipertensiunii arte-

Scanned with CamScanner

riale, în diagnosticul feocromocitomului, în sindromul de ischemie periferică, în spasme vasculare cerebrale, în stările de şoc (cu condiţia corectării hipovolemiei). Unele dintre ele (derivaţii de secară cornută şi în special ergotamina) se utilizează în tratamentul migrenei. Cele mai cunoscute adrenolitice sînt tolazolina (Tolazolin(+), Priscol(R), Periphen(R)), utilă în sindromul de ischemie periferică, fentolamina (Regitin(R)), folosită în diagnosticarea feocromocitomului, fenoxibenzamina (Dibenzylin(R), Dibenylin(R)) utilă în tratarea şocului, dihidroergotoxina (Hydergin(R), Redergin(R), Redergam(R)), folosită mai ales în spasmele vasculare, ergotamina (singură sau în asociaţie cu cofeina — preparatul Cofedol(+)), în migrene. β-adrenoliticele împiedică în special efectele cronotrop şi inotrop pozitive ale adrenomimeticelor; au activitate antiaritmică remarcabilă; diminuă consumul de oxigen al organismului şi în special al cordului; au efecte antilipolitice şi antihiperglicemiante. Se indică în special în cardiologie în tratamentul diverselor forme de aritmii, insuficienţă coronariană (cu condiţia ca inima să nu fie insuficientă, să nu existe fenomene astmatiforme şi să nu existe un ulcer gastric sau duodenal), hipertiroidism (în special cu fenomene cardiace predominante), sindrom hiperkinetic, boli cardiovasculare congenitale. Unii autori au descris efecte favorabile în boala lui Parkinson. Preparatele cele mai folosite sînt: propranololul (Propranolol(+), Inderal(R), Docynon(R)), oxprenololul (Trasicor(R)), pindololul (Visken(R), LB 46), alprenololul (Aptin(R), H 56/28); toliprololul (Doberolul Kö 592), practololul (Eraldin(R)). Ultimul compus are o activitate selectivă cardiacă. Poate fi administrat şi în caz de astm bronşic. (1)

ADUMBRAN. v. OXAZEPAM

AEROFOBIE. v. FOBIE

AFECTIVITATE PARADOXĂ. Tulburare încadrată în paratimii (perversiuni ale conţinutului timic induse printr-o modificare a calităţii relaţiei stimul-răspuns). Calitatea emoţiei devine opusă celei obişnuite şi condiţionate, răspunsul emoţional este inversul celui aşteptat, bolnavii reacţionînd paradoxal la unele evenimente. Există o discordanţă între temă şi răspuns, de exemplu la o veste tristă bolnavul reacţionează izbucnind în rîs sau în faţa unui succes se întristează şi chiar începe să plîngă. A.P. apare mai ales în schizofrenie. (3)

AFEMIA. Incapacitatea bolnavului de a folosi limbajul vorbit cu conştiinţa parţială sau absentă a integrării acestei tulburări. Survine mai ales în epilepsia determinată de leziunea emisferului frontal stîng (Lăzărescu-Broşteanu). (7)

Scanned with CamScanner

AFRODIZIAC substanță care stimulează funcțiile sexuale (de ex. erecția). Afrodiziace sînt stricnina, yohimbina, de asemenea apiolul (oleu volatil din Petroselinum) și cantarida (Lytta vesicatoria, gîndaci de frasin). Ultimele sînt foarte toxice. (5)

AGALMATOREMAFOBIE. v. FOBIE

AGIOFOBIE. v. FOBIE

AGITAȚIE PSIHOMOTORIE. Sindrom psihic caracterizat prin hiperactivitate pe plan afectiv, ideativ și motor, manifestat clinic printr-o stare de agitație globală — de intensitate variabilă pînă la paroxisme incoercibile. Agitația este însoțită și de modificări în sfera instinctivă. În funcție de profunzimea alterării stării psihice, în clinică, se disting mai multe grade de agitație: 1). Forme ușoare, în care agitația este moderată și dă impresia că este motivată; 2). Formele moderate, unde agitația devine mai exprimată, bolnavul este dezinhibat, cu critica diminuată, mimica și pantomima vizibil modificate, exprimînd trăirile psiho-afective patologice; 3). Gradul cel mai intens de agitație este reprezentat de stări grave de neliniște psiho-motorie, acte clastice, raptusuri, reacții explozive, agresivitate marcată, activitate dezordonată, incoerență, bizarerie. A.P. se întîlnește în multe boli psihice avînd o expresie fenomenologică și o semnificație prognostică diferită. Ea exprimă nivelul de disoluție a vieții psihice. În general, A.P. nu este o componentă exclusivă a bolilor psihice, ea întîlnindu-se și în afecțiuni neurologice, medicale, boli toxiinfecțioase etc. În psihiatrie A.P. constituie de multe ori o urgență în cadrul PMD, a schizofreniei, a confuziei mintale, a epilepsiei etc. După caracteristicile simptomatologice, sindromul de A.P. poate permite stabilirea unui diagnostic pozitiv. Astfel: a). A.P. din marea criză anxioasă se manifestă prin stare de intensă neliniște, privirea speriată, onirism de tip confuzional, raptusul suicidar etc. (v. ANXIETATE); b). A.P. din confuzia mintală are caracteristic asocierea: 1). tulburărilor de conștiință de grade diferite (obnubilare, sopor); 2). prezența sindromului biologic (febră, stare generală alterată, transpirații, hiperleucocitoză, hiperazotemie etc.) și 3). delirul halucinator-oniric. c). A.P. din stările demențiale, apare frecvent în demența senilă, presenilă, arteriopatică și posttraumatică. Pe fondul unei deteriorări psihice globale, se instalează episoade de neliniște, mai ales nocturne, cu insomnii rebele, irascibilitate, reacții coleroase, stereotipii de mișcare, agresivitate etc (v. DEMENȚA). d). A.P. în epilepsie, apare paroxistic și are un debut și sfîrșit brusc, caracteristic bolii. De obicei se manifestă prin stări confuzionale, dramatice, însoțite

Scanned with CamScanner

de violență și impulsivitate, momente în care bolnavii pot comite acte grave antisociale (delicte penale, homicid, agresiuni etc). (v. EPILEPSIE). Bolnavii au amnezia episodului. e). A.P. din isterie, cunoscută sub numele de „marea criză histerică" (Charcot), apare sub o formă clinică de mare expresivitate; atitudini pasionale, crize de plîns spasmodic, contorsiunile membrelor și capului, țipete, gemete etc., sînt manifestările obișnuite ale episodului. Determinismul este psihogen, dar adesea coexistă stigmate isterice, ce dovedesc o anume predispoziție. (v. ISTERIE). f). A.P. de manie — își are originea în cerința acută de activitate, de mișcare și zgomot, pe care o resimte bolnavul. În esență, ceea ce caracterizează activitatea maniacului este teatralismul. Fizionomia, foarte mobilă, variabilă, traduce exaltarea și labilitatea afectivă. Mișcările sînt ample, largi și expresive. Distrugerea obiectelor, agresiunea, atentatele, adesea violente (așa-numita „furie" maniacală) ilustrează conduita bolnavului. O altă caracteristică este sintonia la ambianță, în care își găsește pretextele jocului, acțiunii. Tahipsihia însoțește această activitate, adesea debordantă, continuă, neobosită exprimîndu-se prin prolixitatea și rapiditatea asocierii ideilor, care, la un moment dat își pierd legătura dintre ele, ajungîndu-se de la logoree la o veritabilă verbigerație. Bolnavul cîntă, rîde, imită vecinii, se înfurie, se ceartă, devine violent, pentru ca tot atît de repede să treacă la polul opus al dispoziției (furie-bună dispoziție-veselie). Nu găsim halucinații și nici delir. Anamnestic se descoperă episoade similare sau depresive. g). A.P. din melancolie — cu deosebire în melancolia de involuție și melancolia coleroasă, unde alături de afectul depresiv și delirul micromanic poate apare o stare de agitație cu anxietate, strigăte, lamentări, raptusuri suicidare, fugi care periclitează viața bolnavului. h). A.P. din schizofrenie — este cunoscută sub numele de agitație catatonică (v. CATATONIE). Se caracterizează prin: debut brusc, nemotivat. Are o intensitate mare, asemănătoare cu cea din epilepsie. Mișcările bolnavului sînt lipsite de armonie, stereotipe, bizare și neinfluențate de ambianță. Aspecte medico-legale. Prin neprevăzutul și bruscheța debutului, precum și prin intensitatea desfășurării A.P. poate pune în pericol viața bolnavului sau a celor din preajma sa (sinucidere, automutilare, agresiuni, incendiu, viol, omucidere). Debutul unor boli psihice grave, ca schizofrenia, poate îmbrăca un aspect medico-legal, prin aceste stări de mare A.P. *Tratament.* A.P. fiind o urgență se cer luate următoarele măsuri: 1). internarea pe cît posibil într-un serviciu de specia-

Scanned with CamScanner

litate; 2). evitarea bruscării, sau „împachetării" bolnavului (v. CĂMAȘA DE FORȚĂ); 3). asigurarea unei ambianțe securizante, calme; 4). examinarea clinică atentă, completată de o bună anamneză în vederea stabilirii diagnosticului pozitiv. În A.P. din manie, depresie, PMD și schizofrenie se administrează psihotrope majore cu acțiune sedativă puternică după următoarea schemă orientativă: Plegomazin fiole sau tablete — 200—500 mg/zi, în 3—4 prize; Levomepromazin fiole sau tablete — 150—300 mg/zi — idem; Haloperidol fiole sau picături (soluție) — 5—20 mg/zi — asociat cu un antiparkinsonian, ex. Romparkin 2—4 tab/zi. În A.P. neurotică de tip anxios: Diazepam fiole sau tablete 20—60 mg/zi, în 3—4 prize; Levomepromazină 25—100 mg/zi; Napoton tablete 20—60 mg/zi; În A.P. din isterie — adesea este suficientă izolarea bolnavului și aplicarea unei psihoterapii individuale adecvate sau asociate cu sedative (bromuri, valeriană, pasiflora etc.) sau medicație placebo. În A.P. din confuzia mintală este esențială descoperirea bolii organice ce determină tulburarea psihică; în raport cu elucidarea factorilor etiologici se va aplica tratamentul necesar (v. CONFUZIE MINTALĂ) cu sublinierea următoarelor principii: susținerea funcțiilor vitale (circulație, respirație); combaterea hipertermiei, deshidratării și subnutriției; administrare de psihotrope majore în doze moderate și pe o durată de timp limitată după cerință; după caz antibioterapie și analeptice (în caz de colaps); supraveghere competentă și continuă. A.P. din epilepsie beneficiază de tratamentul clasic al acestei boli (barbiturice, hidantoină) și de cel modern, mai ales Diazepam i.v. etc. A.P. din demențe se combate cu sedative, tranchilizante sau psihotrope majore, după schema folosită în tratamentul A.P. maniacale cu atenția cuvenită vîrstei înaintate și a organopatiilor coexistente (insuficiențe cardiace, hepatice, renale, diabet etc.) care impun reducerea dozelor — în general la jumătate din doza adultului. (4)

AGNOZIE. Tulburare de percepție caracterizată prin incapacitatea bolnavului de a cuprinde într-un tot unitar elementele senzoriale corespunzătoare unui obiect. În A. este imposibilă convertirea elementelor senzoriale în percepții simbolice (Taylor). Majoritatea A. sînt cauzate de leziunile survenite în zonele corticale parasenzoriale. Clasificarea A. se face după aparatul senzorial în: a). A. auditivă care cuprinde mai multe forme clinice: surditate psihică (elementară), bolnavul nu recunoaște și nici nu poate diferenția un sunet de clopot, sonerie, motor, afirmînd însă că aude ceva; surditate verbală, observată

Scanned with CamScanner

în afazie și caracterizată prin incapacitatea bolnavului de a înțelege vorbirea obișnuită (nu identifică cuvintele). În surditatea muzicală sau amuzie, întîlnită în cadrul afaziei senzoriale, bolnavul nu mai recunoaște o melodie. b). A. gustativă și olfactivă, apare de obicei împreună, sînt greu de diferențiat de aguezie și de anosmie. (c). A. tactilă sau astereognozie. Tulburarea simțului tactil caracterizată prin imposibilitatea recunoașterii unui obiect numai prin pipăit. J. Delay face deosebire între A. primară tactilă sau perceptivă și asimbolia tactilă denumită agnozie semantică. A. tactilă apare în leziunea zonei postcentrale — aria 2,5 Brodmann, iar asimbolia în leziunile parietale stîngi — aria 17—10 Brodmann. d). A. vizuală, forma cea mai frecventă și cu cele mai diverse modele simptomatologice, se datorește leziunilor cerebrale localizate atît în capătul central al analizatorului vizual, cît și în zona interferenței occipito-parietală. Cele mai cunoscute tipuri de A. vizuale sînt: A. a obiectelor concrete sau paragnozia — incapacitatea bolnavului de a recunoaște vizual obiectul prezentat în fața sa. A. culorilor sau cecitate cromatică, lipsa capacității de a recunoaște culorile dacă sînt prezentate simultan (aria 19 occipitală Brodmann); Alexia, imposibilitatea de a citi un text tipărit sau scris cu mîna. Alexia este de multe ori asociată cu agrafia, A. culorilor și A. obiectelor. Acalculia (sin. alexia cifrelor), se caracterizează prin incapacitatea bolnavului de a recunoaște cifrele și semnele din aritmetică (plus, minus etc.), ceea ce face imposibil orice fel de calcul. A. figurilor simbolice, asociată de multe ori cu acalculia și A. culorilor, se caracterizează prin incapacitatea bolnavului de a mai recunoaște formele geometrice și figurile cu valori simbolice. Prosopoagnozia — Bodauer —, bolnavul nu mai recunoaște membrii familiei la care se uită mirat ca și cum atunci i-ar vedea pentru întîia oară. Cecitate psihică, bolnavul deși vede, nu poate identifica ceea ce vede. (7)

AGORAFOBIE. v. FOBIE

AGOZOL (lactat de prenilamina, Segontin®, Corontin®) este un vasodilatator coronarian. Mecanismul de acțiune este complex; este o substanță anti-calciu (împiedică penetrarea calciului în celula miocardică), scade concentrația monoaminelor (CA și mai puțin serotonina) din cord și SNC; ameliorează oxigenarea miocardului. Are un efect bradicardizant ușor; scade moderat și trecător presiunea arterială. Are o acțiune sedativă. Preparatul este indicat în tratamentul cronic al insuficienței coronariene; nu cupează criza de angor; se poate indica

Scanned with CamScanner

și în tulburări ale circulației cerebrale. Eficiența sa este discutabilă. Contraindicațiile sînt reprezentate de perturbări ale conducerii atrioventriculare și bloc de ramură. Se prezintă sub formă de drajeuri de 15 mg și supozitoare de 50 mg. Se dau 1—2 drajeuri de 3 ori pe zi. Dacă survine o ameliorare ECG și/sau clinică, se reduce posologia la 3 drajeuri la zi. Din supozitoare se administrează cîte unul de 2—3 ori pe zi. (1)

AGRAFIA. Tulburări de scris de ordin caligrafic survenind în afazie, demență, intoxicații cronice, psihoze presenile. (7)

AGRAMATISM. Tulburare de vorbire și scris în care nu mai sînt respectate regulile gramaticale și în consecință exprimarea devine incorectă. A. apare în toate formele de demență, în stări confuzive, encefalopatii cronice posttraumatice, oligofrenii etc. (7)

AGRIPNIE. INSOMNIE

AGRIPNOCOMA, sin. COMA VIGILĂ. v. COMA

AHYPNON. v. BEMEGRID

AKINETON. v. BIPERIDINA

AKINEZIE. Tulburare de activitate caracterizată prin totala absență a gesturilor, a mișcărilor. A. apare cu deosebire în stările stuporoase (catatonie, melancolie, posttraumatică). (7)

ALALIE sin. LOGOPLEGIE. Lipsa capacității de a exprima clar și corect unele cuvinte, silabe sau sunete. A. se întîlnește în oligofrenii, encefalopatii infantile. (7)

ALCOOLISM. Termenul folosit de Magnus Huss, în 1859, pentru a desemna abuzul de băuturi alcoolice, este vag și imprecis. După Jellinek, A. este un termen prea general, care acoperă o mare varietate de realități clinice cu numai două trăsături comune: excesul de băutură și efectele nocive ale alcoolului asupra organismului. Nu există pînă în prezent o definiție comprehensivă și unanim admisă; cu toate acestea definiția A., formulată de Comitetul de Experți OMS în 1951, tinde să fie acceptată: „Alcoolicii sînt băutori excesivi, a căror dependență față de alcool a atins un asemenea grad încît aceasta antrenează, sau este pe cale de a antrena tulburări psihice și somatice, precum și alterarea relațiilor lor sociale.“ Frecvența A. este greu de apreciat, mai ales din cauza complexității problemelor demografice, a opiniei publice precum și a problemelor de ordin moral sau juridic. Obiceiurile, tradițiile, precum și toleranța propriei colectivități sînt variabile. A. este un cuvînt care triază, judecă și condamnă (Pelicier). *Etiologie.* Factorii predispozanți susceptibili de a crește consumul băuturilor alcoolice pînă la toxicomanie și impregnație

Scanned with CamScanner

etilică cronică sînt multipli. Schematic ei pot fi grupați în: a). Factori ocazionali — prin consum repetat sub influența unor factori și condiții de mediu se poate ajunge cu timpul la obișnuință și la dependență față de alcool. Adesea acest gen de A. se produce prin imitație. b). Factorii legați de personalitatea băutorului — reprezintă una din verigile cele mai importante. Este admis faptul că A. poate apare atît pe fondul unei personalități normale sau pe fundalul unor tulburări de personalitate; balanța frecvenței înclinînd net în favoarea celei de a doua categorii. În acest sens Deshaies descrie trei modele de alcoolici: alcoolici nepsihopați, alcoolici psihopați și alcoolici deveniți psihopați prin A. Pentru cei mai mulți autori, personalitatea premorbidă a alcoolicului este marcată de trăsături neurotice sau dizarmonii caracteriale reflectate printr-un grad redus de adaptabilitate socială; se întîlnesc de asemenea, destul de frecvent, tulburări de dinamică sexuală, elemente anxioase și mai ales trăsături psihastenice. Trebuie considerată separat personalitatea alcoolicilor deficitar structurată sau alterată prin boală; aici intră schizofreniile în diferite grade de remisiune, structurile cicloide cu nucleu endogen. c). Ereditatea. Nu este vorba în A. de transmiterea unor predispoziții sau caractere particulare în sensul „degenerescenței" lui Morel — deși statisticile arată o frecvență mai mare a A. la cei cu antecedente familiale încărcate în acest sens. Descendenții din părinți alcoolici prezintă tare diverse, de tipul encefalopatiilor fruste, cu deficiențe de intensitate variabilă în sfera cognitivă și caracterială, cu intelect de limită și tendință la structurare dizarmonică sau neurotică a personalității. Importanța factorului ereditar crește însă prin aceea că descendenții, trăind în condiții similare cu părinții, preiau o parte din concepțiile și modul lor de viață. d). Factorii socio-culturali joacă un rol considerabil, prin nivelul economic, pregătire profesională, atitudine de acceptare sau refuz a consumului de alcool, obiceiuri și tradiții proprii fiecărei colectivități. Contează nivelul de integrare socio-profesională și familială; eșecurile, sentimentul de insecuritate socială, de incompletitudine, de nerealizare, conflicte familiale și alte modele de psihotraume, pot constitui factori favorizanți în alcoolizare. *Patogenie.* Absorbția alcoolului în organism se face prin tractul digestiv; viteza maximă de absorbție fiind la nivelul mucoasei bucale, dar cantitatea cea mai importantă este absorbită în stomac, duoden și jejun. După ingerare, alcoolemia crește rapid atingînd valorile maxime după aproximativ o oră de la ingerare în

Scanned with CamScanner

funcție de gradul de diluție al alcoolului, deci de tipul de băutură utilizat, și de conținutul în alimente al tubului digestiv. Eliminarea se face lent, alcoolemia scăzînd după o curbă aproape lineară, fiind completă după 24 ore. *Biochimie.* Eliminarea alcoolului din organism se face pe 3 căi: prin expirație (sub formă de vapori de alcool), prin urină și prin metabolism. Prin primele două căi se elimină numai o cantitate mică de alcool, sub formă nemodificată; principala cale de eliminare o constituie metabolizarea, degradarea enzimatică a alcoolului. Arderea unui g de alcool eliberează 7 kcalorii. După Himwich (1956), oxidarea alcoolului se face în 5 etape: 1). Transformarea alcoolului sub acțiunea alcooldehidrogenazei hepatice în acetaldehidă. Procesul are loc în special în ficat, dar într-o măsură mai mică și în alte organe: creier, rinichi, țesuturi. 2). Aldehida acetică este transformată de către o serie de enzime, printre care xantinoxidaza, aldehidoxidaza și aldehiddehidrogenaza, în acid acetic. 3). Formarea de acetilcoenzimă A. 4). Acetilcoenzima A. reacționează cu acidul oxalacetic formînd acidul citric. 5). Acidul citric urmează ciclul clasic (ciclul Krebs) de oxidare pînă la CO_2 și apă. Alcoolul își manifestă acțiunea lui nocivă atît direct, prin acțiunea asupra enzimelor cerebrale, hepatice, renale, asupra membranelor celulare și mitocondriilor, antrenînd modificări metabolice importante, cît și indirect, prin interferența lui cu catabolismul aminelor biogene (serotonina și noradrenalina) pe care le oprește la stadiul de aldehide intermediare, cu acțiune toxică (David). Prin consumul mare de enzime pe care-l solicită, prin dereglările metabolice și deficiențele vitaminice, în special al vitaminelor din grupa B, alcoolul împiedică metabolismul normal al hidraților de carbon, spoliază organismul de vitamina B și favorizează apariția polinevritelor. Alcoolul și cataboliții săi influențează de asemenea și metabolismul grăsimilor, hidroelectrolitic, al hormonilor hipofizari și în special al corticosteroizilor. Prin aceasta se creează o stare dismetabolică, la care se asociază carențe vitaminice și alimentare, dezechilibru endocrin, fenomene de intoxicații cu radicali acetați aflați în exces. Falsa prejudecată despre rolul energetic, dinamizant și stimulator al alcoolului a fost dovedită experimental, arătîndu-se că energia produsă prin catabolismul alcoolului nu are practic nici o valoare, ea eliminîndu-se sub formă de căldură prin vasodilatația masivă consecutivă. Totodată s-a demonstrat că alcoolul are asupra SNC un efect inhibitor și nicidecum stimulator-euforic, starea hipomaniacală inițială fiind expre-

Scanned with CamScanner

sia dezinhibiției corticale, fapt care explică scăderea tuturor performanțelor la testările psihomotrice; intensitatea tulburărilor observate fiind oarecum proporțională cu gradul de inbibiție alcoolică și nivelul alcoolemiei. Printre mecanismele patogenetice care intervin în cadrul intoxicației alcoolice trebuie menționată și influența nocivă pe care o exercită unele substanțe chimice cuprinse în diferite băuturi alcoolice. Cea mai simplă și practică clasificare a tulburărilor care apar după consumul de alcool urmează o cale asemănătoare cu a tuturor farmacodependențelor (după Kramer și Cameron, 1975). Se deosebește *A. acut* (beția) (v. BEȚIA ACUTĂ) și *A. cronic; Dipsomania* sau *A. periodic*, intermitent, este considerat o formă cu totul deosebită. (v. DIPSOMANIE). (2)

ALCOOLISM CRONIC. Impregnația alcoolică își pune amprenta asupra individului, care capătă o serie de caractere somatice distinctive și anume: faciesul caracteristic, cu roșeață sau paloare, venectazii mai exprimate la pometi și nas (cuperoză), tremurături fine ale extremităților, tremurături ale limbii, ce dau vorbirii un aspect ușor disartric; tremurăturile și fenomenele vegetative sînt mai exprimate dimineața; ele se atenuează după consumul de băuturi alcoolice. Examenul somatic în această fază mai evidențiază de obicei o hepatopatie, ficatul fiind mărit de volum și sensibil la palpare. Examenul de laborator arată probele de disproteinemie alterate. Personalitatea alcoolicilor este vădit modificată: ea se caracterizează, pe lîngă tulburarea proceselor cognitive, prin deficiențe de comportament etico-social, bolnavul nu-și mai respectă promisiunile și cuvîntul dat, nu-și mai ascunde viciul, devine indiferent la zîmbetele și observațiile celor din jur, iar interesul față de profesiune și familie scade progresiv. Își cheltuiește toți banii pe băutură, petrece aproape tot timpul prin cîrciumi, este indiferent față de situația materială în care-și aduce familia, sau se culpabilizează pentru aceasta și pentru consolare bea din nou, intrînd într-un cerc vicios. Dispoziția scade, iar în stare de ebrietate, devine cinic și malițios, cu un comportament agresiv, grosolan și chiar violent. Insistențele familiei, prietenilor sau a colegilor de a se trata sau de a nu mai bea rămîn fără rezultat. Irascibil, cu dispoziție oscilantă, el trece brusc de la o extremă la alta, motiv pentru care integrarea la locul de muncă și în familie se face deficitar. Starea somatică se alterează progresiv, bolnavul nu se mai alimentează regulat, slăbește în greutate, somnul devine agitat,

Scanned with CamScanner

cu coşmaruri, neodihnitor. Fenomenele neurovegetative sînt de asemenea exprimate şi se manifestă prin transpiraţii şi tremurături, în special nocturne sau matinale. Apar carenţe vitaminice şi nutritive, procesele metabolice şi hidroelectrice fiind perturbate, bilanţul energetic devine negativ. Datorită modificărilor de personalitate (scăderea randamentului în muncă, denivelarea intelectuală, irascibilitatea etc.) se ajunge de obicei la desfacerea contractului de muncă; în familie scandalurile se ţin lanţ, ceea ce agravează şi mai mult situaţia şi existenţa sa. Această fază poate să ţină mulţi ani, evoluţia avînd loc lent spre leziuni organice cerebrale ireversibile; în general în evoluţia alcoolismului intervin numeroşi factori constituţionali, individuali etc., care fac un organism mai rezistent sau mai vulnerabil. Tulburări psihotice acute şi subacute, ce apar pe fondul A.C.: a). *Delirul alcoolic subacut.* Se instalează de obicei după vîrsta de 40 de ani, la un alcoolic cronic cu o perioadă de impregnare îndelungată între 5—20 ani. Poate apare şi la persoane mai tinere dacă consumul a fost intens, în cantităţi mari şi cu băuturi concentrate. Debutul este mai mult sau mai puţin brusc, pe fondul unui sindrom de impregnare alcoolică. Insomniile şi visele terifiante se intensifică, bolnavul se agită, se trezeşte din somn anxios, obnubilat. Apar iluzii şi halucinaţii, mai ales vizuale, cu conţinut zoopsic la început cu caracter tranzitoriu, numai noaptea şi dispărînd ziua. În 2—3 zile însă aceste tulburări devin permanente şi bolnavul intră în perioada de stare. În această fază apar modificări de tip confuzooniric, care domină tabloul psihic, cu dezorientare temporo-spaţială, în care se intrică elemente perceptive reale cu elemente iluzorii şi producţii halucinatorii. Starea somatică se alterează, bolnavii nu se mai alimentează suficient, transpiră abundent, prezintă oligurie, elemente care accentuează şi mai mult dezechilibrul hidroelectrolitic existent. Fenomenele neuro-vegetative sînt exprimate şi se manifestă prin tremurături generalizate, transpiraţii, roşeaţa tegumentelor, tahicardie, HTA. Evoluţia durează 3—4 zile, după care se instalează ameliorarea, mai ales cînd se instituie o terapie corespunzătoare. (Nu sînt rare nici cazurile care evoluează spre delirium tremens). Ameliorarea este anunţată de calmarea agitaţiei şi anxietăţii, dispariţia fenomenelor neuro-vegetative şi a tulburărilor de percepţie, clarificarea stării de conştiinţă. După episod, bolnavul poate prezenta o amnezie parţială, amintindu-şi vag şi fragmentar cele petrecute; uneori amintirea scenelor onirice persistă un timp mai îndelungat, sub forma delirului rezidual. Diagnosticul pozitiv

Scanned with CamScanner

se bazează pe prezența modificărilor de conștiință confuzo-onirice, a iluziilor și halucinațiilor predominant vizuale cu conținut zoopsic și terifiant, la un alcoolic cronic cu o stare somatică relativ bună. Diagnosticul diferențial se face cu delirium tremens de care se deosebește prin debut, gravitate, evoluție și semne somatice. b). *Delirium tremens* reprezintă unul din cele mai grave accidente psihotice ce apar în A.C. Spre deosebire de delirul alcoolic subacut, aici debutul este brusc, tulburările psihopatologice și somatice deosebit de exprimate, conferind bolii o gravitate deosebită (v. DELIRIUM TREMENS). *Psihoze alcoolice cu evoluție cronică.* În afara episoadelor psihotice cu caracter acut, în A.C. se întîlnesc și tulburări psihotice, dintre care cele mai cunoscute sînt: *Halucinoza alcoolică,* descrisă de Wernicke, ca o formă particulară de psihoză alcoolică subacută, în care predomină producțiile halucinatorii pe fondul unei conștiințe clare sau foarte puțin alterată. Se întîlnește în A.C. după o impregnație masivă și îndelungată, debutul fiind lent, progresiv, iar simptomele instalîndu-se în 3—4 zile. Episodul este anunțat de apariția halucinațiilor predominant auditive, la început elementare, sub formă de zgomote, pocnituri, fluierături; în cîteva zile acestea devin complexe, bolnavul aude șoapte, apoi voci clare, pe care le identifică sau nu. Conținutul halucinațiilor este aproape totdeauna neplăcut, vocile îl insultă, îl acuză, îl jignesc. Adesea ele vorbesc despre bolnav la persoana a treia. Față de aceste halucinații, bolnavul reacționează, se înfurie, le răspunde. Cînd au conținut amenințător se anxietează, își ia unele măsuri de apărare, nu iese din casă, se baricadează, nu doarme noaptea, stă la pîndă, sau cere ajutorul și protecția familiei față de persecutorii imaginari. Plecînd de la aceste elemente perceptive, bolnavul dezvoltă un delir paranoid pe teme de persecuție, relație, interpretare; se consideră dușmănit, urmărit, persoane necunoscute îi vreau răul sau vreau să-l suprime. Delirul este destul de bine sistematizat și bazat aproape în întregime pe interpretarea elementelor perceptive. Evoluția durează 2—8 săptămîni și merge de obicei spre vindecare prin dispariția halucinațiilor și a ideilor delirante paranoide. La unii bolnavi, ideile delirante se pot menține pe o durată mai lungă de timp sub forma unui delir rezidual care apoi slăbește treptat și dispare. Dacă bolnavul continuă să bea, recidivele halucinator-delirante devin frecvente; evoluția poate merge însă și spre o encefalopatie alcoolică sau o demență. Diagnosticul pozitiv se face pe baza halucinațiilor predominant auditive, ce apar la un alcoolic cronic pe

Scanned with CamScanner

fondul unei conștiințe clare, cu participarea activă a bolnavului la întregul complex psihopatologic existent. Diagnosticul diferențial se va face mai ales cu schizofrenia paranoidă. Acesta devine dificil în cazul în care alcoolismul poate declanșa evoluția unei schizofrenii latente sau se poate grefa pe aceasta. *Delirul de gelozie*, frecvent întîlnit în A.C., apare aproape exclusiv la bărbați. Unii îl consideră ca rezultat al dezvoltării psihopatologice a unor trăsături de personalitate preexistente, sub influența alcoolului (Gurevici, H. Ey), alții îl încadrează în reacțiile paranoide (Bleuler, Mayer-Gross). Există și păreri conform cărora intoxicația alcoolică singură, la fel ca intoxicația cronică cu cocaină, poate genera astfel de tablouri. Debutul este lent, progresiv, delirul apare la început numai în stare de ebrietate, apoi se menține și în intervalele libere. El este favorizat și de diminuarea potenței cu creșterea libidoului. În dezvoltarea delirului de gelozie, bolnavul pleacă de la interpretarea unor evenimente familiale: atitudinea soției față de el, certurile, preocupările soției, servesc ca surse de interpretare, de unde acesta deduce adulterul. De multe ori, comportamentul bolnavului este violent și agresiv, terorizîndu-și soția. Delirul de gelozie are o evoluție cronică. Diagnosticul pozitiv se face pe baza prezenței delirului și a antecedentelor alcoolismului. Diagnosticul diferențial se face cu paranoia, dar acest lucru nu este totdeauna ușor deoarece în delirul de gelozie alcoolic găsim tendințe interpretative sau trăsături paranoiace în personalitatea premorbidă a multor bolnavi. Nu este exclus ca în unele cazuri să fie vorba doar de exacerbarea acestor trăsături sau de relevarea unor predispoziții latente sub influența alcoolului. Allamagny și Neveux izolează o formă de psihoză alcoolică pe care o denumesc psihoză halucinatorie cronică alcoolică. Aceasta s-ar caracteriza prin abundența producțiilor halucinatorii, față de care bolnavul rămîne însă pasiv sau îl amuză, ceea ce contrastează cu caracterul terifiant și participarea activă a bolnavului față de halucinațiile din alte psihoze alcoolice acute sau cronice. Evoluția: spre demență. *Encefalopatiile alcoolice.* Encefalopatiile alcoolice, realizează adevărate entități, anatomoclinice cărora le corespunde un tablou psihic caracteristic și un substrat lezional organic specific, datorat acțiunii toxice îndelungate a alcoolului. Se descriu: *Psihoza Korsakov.* entitate prezentată prima dată de psihiatrul rus Serghei Korsakov, în anul 1887, sub denumirea de cerebropatie toxemică alcoolică. Este una din cele mai grave tulburări psihotice ale alcoolismului. Psihoza Korsakov debutează la o vîrstă mai înaintată (peste

Scanned with CamScanner

40 de ani), după o perioadă îndelungată de impregnare, sexul feminin fiind mai frecvent interesat. Debutul se face progresiv prin tulburări ale memoriei, în special a memoriei de fixare, iritabilitate, tulburări neurologice. Frecvent însă psihoza Korsakov poate apare după o psihoză alcoolică acută, cum este delirium tremens. În perioada de stare, tabloul simptomatologic se manifestă prin amnezia de fixare, cu confabulații și polinevrită, pe fondul unei aparente clarități a conștiinței. Amnezia de fixare domină însă întreg tabloul. Dacă cerem bolnavului să ne relateze ce a făcut cu 2—3 ore înainte (nefiind în stare să-și amintească), va relata o serie de elemente confabulatorii, în care se amestecă evenimente petrecute în realitate, dar cu altă localizare în timp, cu evenimente imaginare sau cu scene de vis. Lipsindu-i posibilitatea de a confrunta cele spuse cu realitatea, bolnavul crede sincer în ceea ce spune. Starea somatică este în general bună; se pun însă în evidență semnele neurologice ale unei polinevrite alcoolice, dureri în masele musculare, care se exacerbează la presiune, tulburări de sensibilitate, diminuarea ROT sau exagerarea lor, modificări ale reflexelor pupilare, tremurături ale extremităților, ataxie. Diagnosticul pozitiv se face destul de ușor după triada: amnezie de fixare, confabulație, polinevrită. Psihoza Korsakov trebuie diferențiată uneori de PGP, mai ales forma pseudoparalitică în care există ataxie, dizartrie, paralizii pupilare, delir de grandoare. În PGP, tulburările de memorie interesează în egală măsură fixarea și evocarea, iar examenul neurologic evidențiază semne de focar. Examinările de laborator arată RBW pozitiv în sînge și LCR. Evoluția psihozei Korsakov este lentă, dar cu un prognostic defavorabil; chiar cînd se obțin vindecări, acestea se fac cu defect. Sînt și cazuri în care evoluția merge spre o encefalopatie hemoragică și exitus în 1—2 ani de la debut. Adesea tabloul clinic se poate menține mai mulți ani, în schimb, dacă bolnavul continuă să bea, denivelarea psihică se accentuează, mergînd pînă la demență. (v. și SINDROMUL KORSAKOV). *Encefalopatia Gayet-Wernicke*, cunoscută și sub numele de *polioencefalită hemoragică superioară* a fost descrisă independent de Gayet în 1875 și Wernicke în 1881. Patogenia acestei encefalopatii este atribuită deficiențelor vitaminice din grupa B. Din acest motiv unii autori o descriu la capitolul tulburărilor psihice din avitaminoze. În alcoolism, ea se realizează prin sumarea carențelor vitaminice cu efectele toxice directe ale alcoolismului asupra celulei nervoase. Debutul are loc la o vîrstă mai înaintată și după un

Scanned with CamScanner

consum alcoolic îndelungat. El este precedat de o fază prodromală, în care predomină fenomenele digestive dispeptice: greţuri, tulburări de tranzit, inapetenţă, la care se asociază curînd semnele unei polinevrite alături de tulburări neuro-vegetative. În cîteva săptămîni se instalează perioada de stare, marcată de apariţia semnelor neurologice caracteristice: ptoză palpebrală bilaterală, strabism divergent, paralizii ale globilor oculari, mai accentuate seara, nistagmus, diminuarea sau abolirea ROT. Psihic, tabloul este dominat de o stare confuzională variabilă, întretăiată de pusee de agitaţie psihomotorie. Mai pot apare simptome meningeale cu redoarea cefei, hipertonia musculară, semne extrapiramidale, hiperestezie senzorială şi fenomene vegetative exprimate. Febra lipseşte în perioada de stare, dar în cazurile cu evoluţie letală, ea este prezentă în fazele terminale. Diagnosticul pozitiv nu ridică probleme în faţa unui tablou confuzional însoţit de semne neurologice de focar caracteristice ce apare la un alcoolic cronic. Evoluţia poate fi favorabilă, spre vindecare, în cazurile în care se instituie o terapie precoce şi adecvată. Vindecările fără sechele rămîn însă rare, mai frecvent întîlnim sindromul amnestic, însoţit de deficite intelectuale. Boala poate avea şi o evoluţie defavorabilă, spre exitus, în 2—3 săptămîni, sau poate trece într-o psihoză Korsakov. *Demenţele alcoolice.* Cu timpul din cauza unei impregnări îndelungate, personalitatea alcoolicului cronic, cunoaşte un proces continuu şi ireversibil de declin, sfîrşind prin demenţă. Procesele cognitive sînt tulburate, percepţiile se estompează şi îşi pierd din precizie, claritatea memoriei diminuă, gîndirea devine greoaie, deslînată, lipsită de operativitate şi concizie. Activitatea şi voinţa sînt mult modificate, iar deprinderile complexe se pierd odată cu capacitatea de formare a unor noi deprinderi. Aspectul exterior reflectă modificările psihice şi somatice survenite: ţinuta neglijentă, mimica ştearsă, inexpresivă. Bolnavul devine indiferent la situaţia lui. Declinul socio-moral este atît de evident, încît unii autori consideră demenţa alcoolică în primul rînd ca o demenţă etică. Evoluţia demenţei alcoolice este ireversibilă, chiar şi după suspendarea definitivă a băuturii, deşi se citează cazuri în care după dezintoxicare deficitul intelectual poate diminua parţial. Moartea survine în cîţiva ani, prin infecţii sau boli intercurente. Anatomia patologică: în demenţa alcoolică leziunile organice provocate de acţiunea îndelungată a alcoolului sînt exprimate şi polimorfe. Ele interesează în primul rînd SNC, dar, în acelaşi timp, sînt atinşi şi nervii periferici şi măduva spinării. Macroscopic se pot constata le-

Scanned with CamScanner

ziuni de tip atrofic ale circumvoluțiunilor, precum și o dilatare a ventriculilor. Microscopic se constată leziuni de tip necrotic sau proliferativ în scoarță, țesut glial, trunchiul cerebral și nucleii striați alături de leziuni ateromatoase, leziuni de tip scleros și frecvent microhemoragii capilare. Neuronii prezintă o degenerescență lipoidă. Forme clinice: *Demența alcoolică simplă* se instalează progresiv la o vîrstă destul de înaintată, prin denivelare intelectuală continuă, declin etico-social, tulburări afective (labilitate și instabilitate emoțională, apatie, indiferență), scăderea voinței și tulburări pragmatice. *Forma pseudoparalitică.* Pe lîngă aspectele de denivelare globală a personalității de tip demențial, această formă se caracterizează prin tulburări neurologice exprimate, tulburări de echilibru, ataxie, modificări de reflexe pupilare și scăderea sau abolirea reflexelor OT. Această formă ridică probleme de diagnostic diferențial cu PGP. *Demență alcoolică Marchiafava-Bignami.* Este o formă de demență alcoolică caracterizată prin leziuni anatomopatologice specifice, care constau în denivelarea sau degenerescența necrotică a fibrelor din corpul calos și comisuri. Patogenia puțin elucidată; se presupune a fi carențială, dar s-a incriminat și rolul toxic al unor substanțe conținute în vinurile roșii italiene, boala fiind inițial întîlnită exclusiv în Italia. Clinic se deosebește relativ puțin de demențele obișnuite alcoolice și diagnosticul nu se face aproape niciodată în timpul vieții. Aici sînt mai exprimate tremurăturile, există o hipertonie musculară, însoțită de crize convulsive și dizartrie. Prognosticul acestei forme este totdeauna defavorabil. *Scleroza laminară Morel.* (Morel, 1939). Este o formă particulară a demențelor alcoolice. Ca și în forma Marchiafava-Bignami, diagnosticul se face rar în timpul vieții, individualitatea bolii constînd mai ales în natura leziunilor anatomopatologice. Se constată proliferarea nevrogliei în al treilea strat cortical, mai exprimată în lobii frontali. Clinic se caracterizează, pe lîngă aspectul demențial, prin tulburări neurologice care amintesc forma pseudoparalitică: ataxie, dizartrie, modificări de reflexe, cașexie. Diagnosticul demențelor alcoolice nu ridică probleme în fața unui tablou caracterizat prin denivelare intelectuală exprimată, modificări de personalitate, tulburări pragmatice pe fondul unui sindrom de impregnație alcoolică cronică. Diagnosticul diferențial va avea în vedere demențele de altă etiologie și în special cele vasculare sau de involuție. Uneori diferențierea se face mai greu; consumul de alcool putînd agrava o demență incipientă de altă natură. Evoluția și prognosticul sînt în gene-

Scanned with CamScanner

ral defavorabile, procesele lezionale organice avînd un caracter ireversibil. *Tratament.* Tratamentul A.C. se face în etape succesive care vizează: sevrajul, tratamentul complicațiilor somatice și tratamentul apetenței alcoolice. a). Sevrajul reprezintă unul din cele mai însemnate momente terapeutice. Pentru evitarea apariției unor complicații psihotice, dintre care cea mai redutabilă este delirium tremens, sevrajul se va face de preferință în unități spitalicești de profil, unde suprimarea băuturii va fi făcută treptat, prin reducerea progresivă a dozelor și sub protecția masivă de vitamine și la nevoie de psihotrope. Fenomenele psiho-somatice ce însoțesc sevrajul pot fi discrete sau foarte exprimate. Ele constau în primul rînd în fenomene vegetative: tremurături ale extremităților sau generalizate, congestia tegumentelor sau paloare, transpirații, tahicardie. Poate apare o stare de neliniște psihomotorie pînă la agitație, împrejurări în care se intervine cu o nouă doză de alcool. În această fază bolnavul nefiind convins de importanța întreruperii consumului, renunță la promisiunile făcute și cere cu insistență băutură. După cîteva zile fenomenele diminuă sau dispar, bolnavul se liniștește, devine mai accesibil psihoterapiei. b). Tratamentul complicațiilor somatice se va face ori de cîte ori este nevoie. Dintre afecțiunile somatice mai des întîlnite în A.C. se enumeră hepatita cronică, ciroza hepatică, miocardiopatiile, polinevritele. În afecțiunile hepatice tratamentul constă în regim igieno-dietetic, cu un aport bogat de proteine, glucide, vitamine. Se mai utilizează frecvent hidrolizatele hepatice, factori lipotropi (Aspartofort) și uneori steroizi anabolizanți (Naposim, Clortestosteron). În fazele mai avansate (precirotice sau cirotice) se recomandă o corectare atentă a dezechilibrului hidroelectrolitic. Miocardiopatiile alcoolice sau asociate vor beneficia, în faza de decompensare, de un tratament cardiotonic cu strofantină, digitală, vasodilatatoare coronariene. Polinevritele se tratează prin administrarea masivă de vitamine din seria B (B_1, B_2, B_6), vitamina C și PP. În polinevritele alcoolice se obțin bune rezultate prin administrarea de stricnină s.c., în doze de 1—4 mg/zi, doze ce vor crește progresiv pînă la 10—15 mg/s. c). Tratamentul apetenței se poate face numai după perioada de sevraj și tratamentul complicațiilor somatice. Pentru aceasta este nevoie de cooperarea bolnavului, obținută în urma unui proces psihoterapeutic uneori îndelungat și complex. Tratamentul apetenței, se face și el în două etape. Prima este de dezintoxicare, care vizează înlăturarea efectelor toxice nocive ale alcoolului și readaptarea proceselor metabolice la

Scanned with CamScanner

condițiile anterioare perioadei de impregnare alcoolică. Ea se face prin administrarea de vitamine B_1, 100—200 mg/zi, vitamina B_6, vitamina B_{12}, 1000 γ la 3 zile, vitamina PP. După dezintoxicare, atunci cînd starea somatică și psihică este adecvată, se trece la cura de dezgust. Principiul curei de dezgust constă în crearea artificială a unui reflex condiționat negativ față de alcool. De o valoare practică deosebită se bucură cura cu apomorfină și disulfiram. Se dă bolnavului să consume o cantitate moderată din băutura preferată, după care i se administrează s.c. 5 mg apomorfină. Aceasta excită centrul vomitiv bulbar, provocîndu-i vărsături violente. Se repetă procedeul zilnic pînă la obținerea unui reflex condiționat, cînd bolnavul ajunge să vomite la ingerarea sau chiar la mirosul băuturii, ceea ce se întîmplă obișnuit după 15—20 ședințe. Disulfiramul (este denumirea chimică a bisulfurei de tetraetiltiouran), cunoscut sub denumirea comercială de Antabus, Antalcol, este capabil să întrerupă catabolismul normal al alcoolului, oprindu-l la stadiul de aldehidă și corpi cetonici, avînd un pronunțat efect toxic asupra organismului. Tehnica curei de dezgust cu disulfiram constă în administrarea unei doze de 0,25—0,5 g. (1—2 tb) disulfiram dimineața pe stomacul gol, după care se dă bolnavului să ingereze o cantitate din băutura preferată. După 20—30 sec apare o stare generală de rău, însoțită de fenomene vegetative foarte exprimate: roșeață generalizată, tahicardie, HTA, amețeli, grețuri și vărsături. Se repetă cura zilnic sau la 2 zile interval pînă la obținerea condiționării negative față de băuturile alcoolice. Dacă bolnavul consumă mai multe sortimente de băuturi, cura trebuie repetată pentru fiecare sortiment în parte. Rezultatele obținute sînt favorabile într-un procent de aproximativ 50% din cazuri. Ele depind în mare măsură de cooperarea și interesul prezentat de bolnav, de eficiența măsurilor psihoterapeutice asociate, de nivelul intelectual și gradul de deteriorare a personalității, precum și de calitatea asistenței de postcură. Contraindicațiile curei de dezgust sînt destul de numeroase: afecțiuni digestive (ulcere gastroduodenale active), hepatite cronice evolutive, ciroze hepatice, cardiopatii de orice natură, HTA. După încheierea unei cure de dezgust este indicată o terapie de întreținere, fie cu disulfiram 0,125 mg/zi (1/2 tb) timp de mai multe luni, fie cu metronidozol, în doze de 0,5—1 g/zi, care ar avea un efect de menținere a fenomenelor de intoleranță față de alcool obținute prin terapia de dezgust. Psihoterapia individuală și de grup constituie un element indispensabil în lupta cu succes contra apeten-

Scanned with CamScanner

ței alcoolice. Ea se face încă din primele faze ale tratamentului și se continuă o perioadă îndelungată în postcură, în special sub forma psihoterapiei de grup. Un rol important în această direcție revine centrelor de sănătate mintală. Cu toate tratamentele instituite, procentul eșecurilor în terapia apetenței alcoolice se menține încă ridicat. Insuccesele se datorează în parte și abordării terapeutice relativ tardive în multe cazuri, cînd personalitatea bolnavului este profund modificată, cu resursele disponibile unei readaptări insuficiente. *Profilaxie.* Scăderea morbidității prin alcoolism nu poate fi concepută în afara unor măsuri profilactice. Acestea constau în principal în măsuri de educație sanitară, în popularizarea efectelor nocive ale abuzului de băuturi alcoolice și printr-o propagandă antialcoolică susținută. *Tratamentul psihozelor acute alcoolice.* a). Delirul alcoolic subacut este tratat de urgență, în unități spitalicești de profil. Obiectivele lui sînt: scăderea agitației psiho-motorii; prima măsură constă în administrarea unei doze moderate de băuturi alcoolice pentru a evita accentuarea fenomenelor prin sevraj. Uneori după aceasta, bolnavul se liniștește, tremurăturile dispar, iar producțiile psihopatologice diminuă în intensitate; urmează aplicarea unor psihotrope cu efecte sedative. Dintre cele mai eficiente se consideră butirofenonele (în doze de 5—10 mg/zi inj. sau per os în funcție de starea bolnavului), fenotiazinele injectabile (plegomazin, 150—300 mg/zi). În ultimul timp se recomandă tranchilizantele: Diazepam i.v., 30—50 mg/zi, sau meprobamat i.v. 400—1200 mg/zi. Prin aceasta se obține o sedare rapidă și bună a bolnavului. Administrarea barbituricelor este contraindicată în stările de impregnație alcoolică, ele dînd fenomene de potențare cu deprimarea centrilor respiratorii și ca atare pericol de apariție a colapsului. Reechilibrarea hidroelectrolitică constituie o măsură de urgență; util ar fi să se aplice numai după efectuarea prealabilă a ionogramei dar uneori necesitățile practice impun instituirea urgentă a măsurilor de rehidratare. În acest scop se utilizează perfuzii cu ser glucozat izotonic sau soluții saline care să asigure un bilanț biologic normal. Vitaminoterapia va viza în primul rînd carențele în vitaminele din grupa B, datorate atît aportului insuficient, cît și absorbțiilor deficitare, astfel se recomandă administrarea dozelor mari de vitamina B_1, B_6, B_{12}, C și PP. Măsuri igieno-dietetice. Bolnavul va fi izolat într-o încăpere liniștită: metodele de contenție mecanică vor fi evitate pe cît posibil. Se va asigura un aport energetic suficient, din care să nu lipsească glucidele și proteinele. Dacă

Scanned with CamScanner

bolnavul nu se poate alimenta singur, se va recurge la alimentația artificială. (v. ALIMENTAȚIE ARTIFICIALĂ). Tratamentul psihozelor delirante alcoolice. O importanță deosebită se acordă sevrajului. După realizarea acestuia, măsurile terapeutice vor avea în vedere în primul rînd restabilirea proceselor metabolice prin aport energetic și vitaminic corespunzător, la care se adaugă psihotrope (fenotiazine, butirofenone). Tratamentul encefalopatiilor alcoolice are în vedere mai ales măsurile igieno-dietetice și de susținere a funcțiilor vitale. Sevrajul are efecte favorabile atît în psihoza Korsakov cît și în encefalopatia Gayet-Wernicke. Unii autori comunică bune rezultate cu o terapie vitaminică, susținută (din seria B), plecînd de la considerente patogenetice. Pe lîngă acestea, se va aplica o terapie cu psihotrope adecvată, în vederea reducerii agitației, confuziei și a producțiilor psihopatologice. Tratamentul demențelor alcoolice este mai mult simptomatic, evoluția acestora rămînînd gravă și după realizarea sevrajului. Practic, tratamentul se reduce la măsuri igieno-dietetice și corective. *Expertiza capacității de muncă* în A.C. De multe ori se ridică asemenea probleme în evoluția A.C. Rezolvarea lor nu este ușoară, avînd în vedere faptul că incapacitatea temporară de muncă a bolnavului alcoolic este rezultatul unei conduite de autointoxicare permanentă, practicată conștient. În A.C. fără modificări însemnate de personalitate, bolnavul va fi menținut pe cît posibil în cîmpul muncii. Influența exercitată de colectivul de muncă asupra bolnavului poate avea un rezultat pozitiv, prin forța exemplului personal și colectiv. În accidentele psihotice (acute sau cronice), precum și în denivelările intelectuale însemnate (de aspect demențial), bolnavul prezintă o incapacitate parțială sau totală de muncă (temporară sau definitivă), împrejurări în care se vor aplica prevederile legale privind asistența socială a acestor bolnavi, diferențiate în funcție de particularitățile fiecărui caz în parte. *Expertiza medico-judiciară* în A.C. Starea de ebrietate și impregnația în A.C. nu constituie circumstanțe atenuante atunci cînd bolnavul comite diferite delicte cu caracter penal; ea poate fi considerată ca o circumstanță agravantă. Este adevărat că impregnația alcoolică mărește agresivitatea bolnavului și favorizează reacțiile de scurt circuit diminuînd concomitent cenzura morală, dar bolnavul ajunge în această stare conștient și de multe ori deliberat. Discernămîntul bolnavului se consideră diminuat și acesta beneficiază de circumstanțe atenuante sau chiar de suspendarea lui numai cînd delictele sînt comise în stare de beție

Scanned with CamScanner

patologică sau într-un episod psihotic acut și grav. Aici este necesară o evaluare a responsabilității în funcție de particularitățile fiecărui caz. Pentru A.C. cu deficiențe psihice grave și tendințe spre acte antisociale, legislația noastră prevede măsuri de internare cu tratament obligatoriu în unități special destinate, conform prevederilor art. 12/1965 și 114/1970 din Codul Penal. (2)

ALDOL. v. HALOPERIDOL

ALEXIE. v. AGNOZIE TACTILĂ

ALFA, RITM (EEG). Ritm bioelectric cerebral, în general de aspect sinusoidal, cu frecvența de 8—13 c/s și amplitudinea între 10—100 microvolți, înscris cu precădere în regiunile occipitale, la subiectul în stare de veghe (relaxat psiho-senzorial și cu ochii închiși), ritm care prezintă o reacție de atenuare la stimulare senzorială cu precădere vizuală (deschiderea ochilor) sau la solicitarea atenției subiectului. (6)

ALGOFOBIE. v. FOBIE

ALGOHALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚIE

ALIENAȚIE MINTALĂ. Termen care definește, în general, boala psihică, după unii psihiatri, cu referire predilectă la grupa psihozelor endogene (schizofrenie, parafrenie, delire cronice sistematizate). A.M. provine de la cuvîntul latinesc „alienus" care înseamnă străin, deci „în afara" realității. În secolul al XIX-lea, chiar și la începutul secolului al XX-lea, în unele țări, psihiatri erau numiți alienişti, etichetă pe alocuri folosită și astăzi. În psihiatria actuală termenul de „alienare" este tot mai puțin folosit, în schimb el cunoaște o largă circulație în filosofie (cea existențialistă în special) în sociologie și în literatură. (4)

ALIMEMAZINA (Trimeprazina, Temaril[R], Théralène[R]) este un derivat aminoalchilic de fenotiazină, cu o acțiune neuroleptică moderată. În schimb are o serie de însușiri utile pentru tratamentul unor afecțiuni psihice, fiind un bun anxiolitic și antidepresiv; pe lîngă aceasta A. posedă și efecte miorelaxante, antitusive și antihistaminice. A. este indicată în nevroze, tulburări de comportament, depresii anxioase, psihoze cronice, precum și în prenarcoză, bronșite cronice, afecțiuni alergice etc. *Efectele secundare și contraindicațiile* sînt similare cu ale clorpromazinei. Nu se poate administra în tratament ambulatoriu la cei care exercită profesiuni care reclamă o bună coordonare psihomotorie și îndemînare (conducători auto, dispeceri, munci în procese tehnologice automatizate etc.). În bolile psihice menționate, tratamentul poate începe prin administrarea i.m.

Scanned with CamScanner

a unei doze de atac de 75—200 mg/zi, după care se aplică tratamentul de întreținere per os, dozele variind între 100—400 mg/zi, după caz. În psihozele cronice este bine suportată în tratamentul ambulatoriu de durată. În caz de depresii se poate asocia cu antidepresive. Ca antihistaminic 2,5 mg—5 mg. (5)

ALIMENTAȚIE ARTIFICIALĂ. Ansamblu de măsuri tehnico-medicale, folosite în cazurile în care bolnavul nu se poate alimenta pe cale naturală. Un număr relativ însemnat de bolnavi psihici pot, în cursul evoluției bolii, să refuze alimentația (v. REFUZUL ALIMENTAR). În această situație avem următoarele posibilități de rezolvare a cazurilor: aplicarea sondei esofagiene sau, acolo unde nu este posibil, folosirea clismei alimentare (nutritive). În cazul folosirii sondei esofagiene aceasta trebuie să fie în prealabil dezinfectată (aseptică) iar extremitatea olivară, lubrefiată cu vaselină pentru a ușura trecerea atunci cînd se alege calea nazală (situație frecventă în psihiatrie). Condiții tehnice: a). Imobilizarea bolnavului; b). Introducerea cu grijă a sondei, urmărind coloratia tegumentelor feții, respirația, (apariția unei congestii a feței și a tusei semnalează pătrunderea greșită a capătului sondei, care trebuie imediat retrasă, parțial, operația reîncepînd cu prudență). Dacă este posibil provocăm mișcările de deglutiție prin introducerea unei mici cantități de apă în gura bolnavului, fapt care favorizează pătrunderea sondei esofagiene. Controlul realizării sondajului gastric se face cu ajutorul hîrtiei de turnesol care, în contact cu lichidul extras, virează de la culoarea albastră în roșu; c). O dată verificată pătrunderea în stomac a sondei, la extremitatea liberă se adaptează o pîlnie prin care se toarnă lichidul nutritiv care poate avea o compoziție variabilă: suc de carne, lapte, suc de fructe, ouă cu lapte etc., la care se adaugă săruri minerale, vitamine și, în anumite cazuri, și medicamente. Lichidul nutritiv trebuie administrat la o temperatură potrivită (călduț, 25—30°) și într-o cantitate adecvată (sub 3/4 litru). În general — dar în funcție de starea fizică a bolnavului —, pe zi, sînt necesare 1—2 alimentări prin sondă. Numărul acestora poate crește în cazurile în care există o intoleranță psihică. În această situație se pot lua următoarele măsuri: a). introducerea prin sondă a unei mici cantități de apă cloroformată; b) administrarea s.c., cu circa 20 min. înainte de introducerea sondei, a unei fiole de atropină; c). uneori obținem rezultate bune prin reducerea cantității de lichid administrat o dată sau prin administrarea lui la o temperatură mai scăzută (rece). După terminarea alimentării se introduce o cantitate

Scanned with CamScanner

mică de lichid — apă — pentru a spăla sonda, care, apoi, se extrage rapid, după ce în prealabil s-a pensat capătul superior. În administrarea sondei pe cale bucală, este necesară aplicarea depărtătorului de buze, pentru ca bolnavul să nu o secționeze cu dinții. Metoda este larg utilizată și cu bune rezultate. Sînt consemnate însă și accidente mortale (probabil prin reflex vago-vagal). Clisma alimentară este puțin folosită și doar în acele cazuri în care calea digestivă superioară nu este liberă. După o prealabilă clismă evacuatoare se introduce o canulă, prin care se administrează lichidul nutritiv, în general cu aceeași compoziție ca și în cazul alimentării prin sondă esofagiană. Bolnavul trebuie să rămînă culcat și va fi supravegheat pentru a nu elimina lichidul nutritiv. Se va urmări, în toate cazurile care necesită alimentare artificială, starea generală a bolnavului, gradul de denutriție, starea principalelor funcții biologice (respirație, circulație etc). În cazuri excepționale (melancolii cu tentativă de suicid prin substanțe caustice și cu stenoză esofagiană), se impune alimentarea prin gastrostomie. (4)

ALLOPSIHIC (orientare). Termen care se referă la capacitatea bolnavului psihic de a recunoaște alte persoane (orientat allopsihic) sau la incapacitatea de a realiza acest act (dezorientat allopsihic). În sens larg cuprinde întregul sistem de referințe oferit de ambianța înconjurătoare și se caracterizează prin posibilitatea individului de a-și da seama în fiecare clipă de locul unde se găsește (orientare în spațiu) și de data exactă a momentului respectiv (orientare în timp). Orientarea în spațiu este mai constantă iar tulburarea sa are o mare importanță psihopatologică, ea fiind un argument sigur a modificărilor apărute în claritatea conștiinței (obtuzie, obnubilare, stupoare); orientarea în timp este relativă, survenind chiar și în mod normal, mici erori nesemnificative. Dezorientarea în timp apare ca însemnată în cazul în care este masivă (bolnavul nu știe anul, luna în care se găsește). Tulburările de orientare A. apar în stări confuzive, intoxicații, epilepsie, demențe etc. (6, 7)

ALTRUIST. v. DELIR

ALZHEIMER, BOALA LUI. Formă clinică particulară de demență presenilă descrisă de Alzheimer (1906—1911) și inclusă astăzi împreună cu boala lui Pick în cadrul gerontopsihiatriei. *Faza de debut* apare între 45—65 de ani cu o frecvență mai mare la sexul feminin. Simptomele se instalează lent, progresiv, evoluînd în trei etape: la început pe prim plan apar tulburările din sfera cognitivă (mai ales cele de memorie) apoi tulburările legate de orientarea spațială și ulterior se insta-

Scanned with CamScanner

lează un sindrom afazo-apraxo-agnozic. Deficitul mnestic are un caracter global și progresiv; de obicei el nu este însoțit de confabulații sau de false recunoașteri. Dezorientarea spațială este marcată astfel că bolnavul se rătăcește cu ușurință pe străzi cunoscute și chiar în propria locuință. Treptat se instalează un deficit psihic global, odată cu încetinirea activității psiho-motorii și apariția apatiei, a indiferentismului. Uneori pe acest deficit se observă episoade anxioase sau bufee de agitație. De asemenea pot fi remarcate halucinații, idei prevalente, idei delirante de prejudiciu și gelozie, care completează tabloul clinic. *Perioada de stare.* După o evoluție de 3—4 ani de la debut, se instalează perioada de stare, în care tabloul simptomatologic este dominat de demență, care este profundă, interesînd atît funcțiile intelectuale superioare (analiza și sinteza, abstractizarea, judecata etc), cît și pe cele elementare (memoria global deficitară în fixare și evocare, hipoprosexie). Dezorientarea temporo-spațială este masivă și permanentă. Caracterul cel mai frapant al bolii în această fază este dat de sindromul afazo-apraxo-agnozic. Tulburarea limbajului și a funcțiilor simbolice ilustrează acest sindrom; pe prim plan apare afazia de tip senzorial, iar logoreea existentă virează spre jargonofazie, făcînd imposibilă comunicarea cu bolnavul. Mutismul este apanajul perioadei terminale. Se mai descriu și alte tulburări de limbaj ca: ecolalia, palilalia, logoclonia, adesea asociate cu alexie și agrafie. Apraxia este predominant ideativă, dar se întîlnește și o apraxie constructivă. În cadrul agnoziei, tulburările sînt mai greu de precizat. Agnozia vizuală cu recunoașterea incorectă a culorilor este pe prim plan, alături de agnozia spațială și agnozia formelor (uneori pentru fizionomii). Comportamentul bolnavului este și el alterat; predomină un apragmatism, determinat de lentoarea psihomotorie, dar destul de frecvent, pe acest fond pot apare bufee de agitație psiho-motorie, episoade cu idei delirante de prejudiciu, de gelozie, de persecuție sau stări onirice, cu halucinații vizuale. Mult mai rar se întîlnesc elemente din seria delirant-depresivă, elemente care se cer diferențiate de cele caracteristice melancoliei de involuție. Conștiința bolii este mult timp păstrată, din care motiv se pot observa reacții depresive, semnificative pentru un diagnostic diferențial cu boala lui Pick, unde indiferentismul apare timpuriu. Simptomele neurologice completează tabloul clinic al bolii, ele fiind de tip extrapiramidal și instalîndu-se spre sfîrșitul bolii: hipertonie (cu semnul „roții dințate") însoțită de akinezie, ceea ce realizează un model pseudoparkinsonian. Tre-

Scanned with CamScanner

morul caracteristic sindromului extrapiramidal lipseşte, în schimb sînt frecvente crizele paroxistice de tip comiţial, ele avînd o mare importanţă în stabilirea diagnosticului pozitiv. Perioada terminală este caracterizată printr-o stare demenţială profundă şi globală. Durata sa maximă este de un an. Acum apare mutismul care marchează sindromul afazo-agnozo-apraxic. Semnele neurologice extrapiramidale şi crizele epileptice sînt frecvente. În final, tulburările vegetative, caşexia progresivă, cu gatism ocupă scena dramei demenţiale care se sfîrşeşte — după o evoluţie de 3—4 ani — prin exitus, de regulă ca urmare a unei infecţii intercurente. *Diagnosticul,* se stabileşte pe baza simptomelor clinice prezentate, la care se adaugă: datele examenului radiologic (PEG şi eventual EEG). PEG evidenţiază: o atrofie corticală difuză, circumvoluţiile au aspect „şters" pe toată suprafaţa creierului, dilataţie ventriculară cu prepondernţă în cornul occipital (invers faţă de boala lui Pick). Ventriculul III este de asemenea mai puţin dilatat ca în boala lui Pick. EEG arată modificări ample ale ritmului bioelectric. Examenul histopatologic pune în evidenţă două tipuri de leziuni caracteristice: — prezenţa din abundenţă a celulelor Alzheimer, celule care prin impregnare argentinică evidenţiază o reţea puternic contorsionată şi colorată în zona protoplasmatică ce înconjoară nucleul; — prezenţa masivă a plăcilor senile diseminate cortical cu predominanţe în lobul occipital, în cornul lui Ammon şi în nucleii cenuşii subcorticali. Se observă totodată şi o extremă rarefiere a celulelor neuronale cu astrocitoză, degenerescenţă întinsă a substanţei albe şi proliferarea fibrilară. O contribuţie importantă în cercetarea acestei demenţe o are psihiatrul român G. Urechia. Patogenia este încă incomplet elucidată. Cei mai mulţi cercetători (Marchand, Halpern etc) insistă asupra caracterului familial şi ereditar al bolii. Se consideră că neuronul este primitiv afectat printr-un proces de abiotrofie, care apare relativ precoce. Ulterior se instalează un proces de degenerescenţă ireversibilă. Rolul factorului ereditar este ilustrat — după Marchand — de prezenţa în aceeaşi familie a afecţiunilor neuro-psihice de tip heredo-degenerativ. Aspecte medico-legale. Datorită tulburărilor de tip demenţial şi a agitaţiei, bolnavii pot comite acte antisociale —agresiuni, atentate la pudoare, viol, fugi, vagabondaj etc. Alteori datorită gradului mare de sugestibilitate pe care-l au sub influenţa unor persoane străine cedează bunuri proprii, fac vînzări neavantajoase, donaţii, testamente etc, care prejudiciază flagrant interesele sale şi ale propriei familii. Din aceste motive

Scanned with CamScanner

se impune stabilirea de către o comisie de experţi a responsabilităţii şi a capacităţii civile, avînd drept consecinţă punerea bolnavului sub interdicţie. *Tratament.* Demenţa presenilă Alzheimer beneficiază de un tratament simptomatic, în care măsurile de psihoigienă au un rol important, alături de îngrijirea şi supravegherea bolnavului. În general administrarea de tonice şi vitamine ca şi gerovitalul au efecte modeste. De cele mai multe ori medicul este solicitat să combată starea de nelinişte psihomotorie şi insomnia (mai rar inerţia, care deranjează familia mai puţin). În aceste cazuri administrarea de psihotrope sedative, tioridazin 50—100 mg/zi; clordelazin 25—75 mg/zi; levomepromazină 25 mg/zi au efecte bune. De asemenea dacă agitaţia nu este prea mare se folosesc tranchilizante: diazepam 10—20 mg/zi. Contra insomniei se indică barbiturice: amitalul Na 10 mg/seara, ciclobarbital sau hipnogal, 2—3 linguriţe seara. În stadiul final şi în cazurile complicate (infecţii, insuficienţe organice. cardiacă, renală, hepatică), roborantele, tonicardiacele şi antibioticele sînt necesare. (4)

AMANTADINA v. ADAMANTANAMINA

AMATOFOBIE. v. FOBIE

AMAUROTICA. IDIOŢIE. Este o boală familială, cauzată de anomalii metabolice transmise genetic. Catabolismul incomplet al proteinelor şi lipidelor duce la depuneri de sfingomielină intraneuronal, producîndu-se astfel o degenerescenţă neurofibrilară. Clinic, tabloul este dominat de tulburările psihice care constau într-o nedezvoltare intelectuală gravă, de intensitatea imbecilităţii sau idioţiei. (v. IMBECILITATE, IDIOŢIE). Caracteristice sînt tulburările de vedere (amauroză) datorate unei degenerescenţe cerebro-maculare, însoţite de atrofia nervului optic. Există şi tulburări neurologice diverse, de obicei de focar ca expresie a leziunilor neuronale centrale. În funcţie de debut se disting următoarele forme clinice: — forma infantilă sau boala lui Tay-Sacks, cu debutul între 3 şi 6 luni; — forma juvenilă, descrisă de Spielmayer şi Vogt, cu debut între 3 şi 10 ani; — forma tardivă cu debut între 15 şi 20 ani (foarte rar întîlnită). Diagnosticul se pune pe baza tulburărilor de intelect, asociate tulburărilor oculare şi neurologice şi a caracterului familial al bolii. Evoluţia este prelungită, iar prognosticul rezervat. Majoritatea bolnavilor mor la o vîrstă tînără. Tratamentul este simpatomatic şi paleativ. (2)

AMAXOFOBIE. v. FOBIE

AMBIVALENŢA. E. Bleuler a introdus termenul, considerînd această tulburare drept simptom principal în schizofrenie.

Scanned with CamScanner

Simptomatologic se cunosc trei feluri de A.: — A. afectivă, prezența simultană a două trăiri afective contrarii (iubire și ură pentru aceeași persoană); A. intelectuală — idei contradictorii enunțate simultan; A. volitivă — persoana vrea să execute o anumită acțiune și în același timp vrea să se abțină de a o face. În afară de schizofrenie, A. mai apare în psihastenie, neuroza obsesivo-fobică, ASC incipient. (7)

AMENOREE PSIHOGENĂ. Tip de amenoree secundară, apărută ca urmare a unor traume afective, stări anxioase etc. Testul la estrogeni este pozitiv. (6)

AMENȚIA. Meynert și alți autori germani ai secolului al XIX-lea descriau sub acest termen un grup de psihoze caracterizate prin dezintegrarea stării de conștiință, onirism, incoerență ideo-verbală și tulburări de activitate, fiind asimilată în nozografia actuală cu confuziile mintale (v. CONFUZIE MINTALĂ). (2)

AMFEPRAMONA (Dietilpropiona, Silutin(+), Magrene(R), Tenuate(R)). Este o amină simpaticomimetică anorexigenă; pe lîngă mecanismul anorexigen central A. poate determina reducerea greutății corporale la obezi și prin intervenția sa asupra metabolismului (creșterea metabolismului bazal, acțiune lipolitică). Efectul său anorexigen este apropiat de al fenmetrazinei (Gracidin(R)); dar acțiunea sa de stimulare a SNC este inferioară față de cel al simpaticomimeticelor înrudite (ex. amfetamina). În unele cazuri pot însă apărea fenomene de excitație a sistemului nervos. A. se utilizează în obezitatea neacompaniată de complicații organice. În aceste cazuri este necesar un regim alimentar restrictiv. Ea poate determina fenomene secundare digestive, tulburări ale ritmului cardiac (tahicardie, aritmii) modificări ale tensiunii arteriale, alergie. În unele cazuri poate provoca stări de irascibilitate, anxietate, agitație psihomotorie, insomnie, confuzie mintală. Cercetările de farmacologie și observațiile clinice efectuate la Cluj-Napoca au pus în evidență fenomene de excitație ale SNC, determinate de utilizarea îndelungată și abuzivă a amfepramonei. Tulburările psihice au avut intensitate psihotică amintind psihoza de tip amfetaminic. Cercetările pe animale au demonstrat un efect stimulant central și aritmizant. A. este contraindicată în cursul sarcinii, și alăptării, la hipertiroidieni, cardiaci și în glaucom. Nu se va utiliza la bolnavii care prezintă hiperreactivitate la simpaticomimetice și la persoanele predispuse la toxicomanie sau agitație. Nu se asociază cu IMAO. Preparatul Silutin(+) conține 25 mg amfepramonă hidroclorică pe un drajeu. În cazurile de obezitate se

Scanned with CamScanner

administrează 2—3 drajeuri pe zi, cu 1/2—1 oră înaintea meselor principale. Acțiunea unei doze durează 6—7 ore. După 2 luni de tratament se poate instala toleranța și farmacodependența. Din acest motiv se impune o deosebită grijă la prescrierea A. în tratamentul obezității. (5)

AMFETAMINE. Reprezintă o clasă de substanțe adrenomimetice indirecte (acționează prin eliberare de catecolamine, în special noradrenalină și dopamină) cu efect preponderent stimulator asupra SNC. Ele determină pe EEG o reacție de trezire; au acțiuni anorexigene prin stimularea centrului hipotalamic al sațietății. Efectele periferice (reacție presoare, bronhodilatație, relaxarea musculaturii netede) sînt relativ reduse. Crește consumul de oxigen. Din această clasă fac parte: 1. amfetamina (izomerul dextrogir este mai activ decît cel levogir) care se prezintă sub formă de sulfat (Benzedrin(+), Ortedrin(R), Aktedron(R) , Psychoton(R)); 2. metilamfetamina (metamfetamina, Pervitin(R)). Între acești doi compuși există numai diferențe cantitative (metamfetamina fiind mai activă decît amfetamina). Ambele sînt indicate în special în tratamentul narcolepsiei. Se mai pot administra în depresii psihice, psihoze alcoolice, parkinsonism postencefalitic (în asociație cu alte antiparkinsoniene). Preparatele sînt contraindicate în: HTA, insuficiență coronariană, ASC, epilepsie, hipertiroidism, insomnii. Reacțiile adverse sînt numeroase. Ele constau în: cefalee, palpitații, amețeli, tulburări vasomotorii, anxietate, stări depresive, fatigabilitate. Aceste reacții dispar la întreruperea tratamentului. La autoadministrări prelungite (care se fac în scopul ameliorării performanțelor psihice, fizice, așa-zisul doping) pot apare fenomene psihotice, de tip schizofrenoid. Utilizarea abuzivă îmbracă forma farmacodependenței (v. FARMACODEPENDENȚA). La noi în țară este oficinală amfetamina sub denumirea comercială de Benzedrin. Se prezintă sub formă de comprimate de 3 mg. Se administrează 1—3 comprimate pe zi, înainte de orele 16 (în caz contror produce insomnii). Tratamentul trebuie să fie scurt și intermitent, pentru a se evita instalarea obișnuinței. Preparatul este considerat ca un stupefiant. Se eliberează cu rețetă cu timbru sec. Se păstrează în farmacii la „separanda". (1)

Consumul abuziv și prelungit produce repede farmacodependență. Luată pentru efectul său euforizant, A. își manifestă influența asupra comportamentului care devine agresiv și antisocial. Similară în multe privințe cu cocainomania, această farmacodependență creează progresiv o toleranță caracteristică ajungîndu-se la 250 mg pe doză și la 1—1,5 g/zi. Efectele psiho-

Scanned with CamScanner

toxice se caracterizează prin apariția unui tablou confuzo-oniric de multe ori confundat cu schizofrenia. Halucinații auditive, vizuale, împreună cu un delir de interpretare — persecuție, la care se adaugă o stare de agitație psihomotorie de intensități variabile, și de anxietate, reprezintă cele mai frecvente simptome psihice. În plus se mai poate constata anorexie, insomnie, midriază, tahicardie și hipertensiune. Întreruperea bruscă a consumului va produce o stare de sevraj, caracterizată prin depresie, oboseală cronică și somnolență; spre deosebire de alte farmacodependențe, sevrajul de tip amfetaminic nu pune în pericol viața toxicomanului. Kramer, Cameron (1975), au arătat că elementele caracteristice ale dependenței A. sînt: o dependență psihică variabilă, însoțită de o dependență fizică neglijabilă și de o toleranță accentuată. Tabloul clinic este completat, după Snyders (1973), de apariția unei game largi de tulburări sexuale, știut fiind că A. are efecte afrodiziace. Ungerstedt (1971) arată că A. potențează efectele CA, care, la rîndul lor, determină tulburări comportamentale. Întrucît căile noradrenalinei trec prin „centrul recompensei" (al plăcerii) din hipotalamus se crede că în acest fel apare și dorința de a repeta și crește doza. Tratamentul după Comisia de experți OMS presupune o serie de etape: cunoașterea stării prezente, instituirea măsurilor de urgență pentru prevenirea și rezolvarea eventualelor complicații medicale, strategia terapeutică de cursă lungă, în vederea readaptării socio-profesionale. Psihotropele majore împreună cu psihoterapia individuală și de grup la care se adaugă socio- și ergoterapia sînt implicate în decursul unei perioade de 2—3 ani, timp necesar de observație și control pentru a rezolva această farmacodependență. (7, 1).

AMIHOFOBIE. v. FOBIE.

AMIMIE. Lipsa mobilității mușchilor feței și în consecință a expresiei adecvate și mobile în concordanță cu trăirile afective ale persoanei. A. se observă în catatonie, PGP, boala lui Parkinson. (7)

AMINAZIN. v. CLORPROMAZINA

AMIZIL. v. BENACTIZINA

AMITRIPTILINA (Adepril(R), Elavil(R), Laroxyl(R), Saroten(R), Teperin(R), Tryptizol(R)). Este un antidepresiv triciclic, derivat de dibenzocicloheptenă, care acționează mai rapid decît imipramina. O altă deosebire față de aceasta o reprezintă existența unor proprietăți anxiolitice și tranchilizante. Efectul liniștitor apare primul, apoi, după 7—14 zile, se instalează și cel antidepresiv, dispărînd progresiv distimia. În afara acestor

Scanned with CamScanner

efecte, A. are însuşiri antihistaminice şi slabe proprietăţi anticolinergice. A. este indicată în cazurile de depresie în care există anxietate, agitaţie şi insomnie, în depresii endogene, faza depresivă a psihozei maniaco-depresive, depresii de involuţie, schizofrenie. Se mai poate utiliza în depresiile neurotice sau reactive, precum şi în tulburările organice care le însoţesc. Influenţează favorabil unele fenomene patologice care însoţesc distimia ca anorexia şi cefaleea. Este un medicament bine tolerat cu efecte secundare mai puţin intense, dar similare cu cele menţionate la imipramină. Poate determina somnolenţă, stări confuzive sau să reactiveze unele stări psihotice (ex. activarea schizofreniei latente). În cadrul psihozei periodice uneori se produce virajul spre o stare maniacală. În depresiile grave poate determina tendinţa la suicid. Tratamentul cu A. necesită o strictă supraveghere. Are contraindicaţiile imipraminei. Nu se asociază cu IMAO, amfetamină, atropină. Este interzis consumul alcoolului în timpul tratamentului. *Preparate. Posologie.* Sarotenul(R) se prezintă sub formă de comprimate (10, 25 şi 50 mg amitriptilină) şi fiole (20 şi 50 mg). Teperinul(R) conţine 25 mg clorhidrat de amitriptilină pe comprimat şi 50 mg pe fiolă; Tryptizolul(R) comprimate (10 sau 25 mg) şi fiole (10 mg substanţă activă). Se administrează per os, în doză de 25—150 mg/zi, doza medie zilnică fiind 75 mg; la debili şi la bătrîni dozele vor fi mai reduse. Tratamentul se poate aplica la început parenteral: 20—30 mg, doză care poate fi repetată de 4 ori pe zi i.m., după care se trece cît mai repede posibil la prescrierea per os a medicamentului. Este posibilă asocierea cu fenotiazine de tipul perfenazinei (Etrafon(R), Triavil(R) sau clordiazepoxid (Limbitrol(R)). (5)

AMNEZIE. Absenţa funcţionalităţii memoriei. *A. anterogradă* sau de fixare, lipsa posibilităţii de engramare a materialului recent. Survine în stări posttraumatice, postconfuzive şi demenţiale. *A. afectogenă* sau *psihogenă* se produce printr-un blocaj mnestic datorat unui traumatism psihic. Ea apare de multe ori ca un mecanism de apărare; este în general total reversibilă. *A. lacunară,* caracterizată prin „goluri" survenite în bagajul mnestic ca urmare a unor perioade în care a fost suspendată capacitatea de fixare, aşa cum se întîmplă în traumatismul cranio-cerebral. *A. retrogradă* — *de evocare,* se caracterizează prin greutatea reactualizării materialului engramat şi survine în psihozele presenile, senile, posttraumatice, stări demenţiale etc. Amnezia retrogradă apare întotdeauna însoţită de A. anterogradă şi are de obicei o întindere

Scanned with CamScanner

şi o intensitate mai mică decît aceasta (diagnostic diferenţial pentru simulare). Stările amnestice au importanţă şi particularităţi diferite în funcţie de factorii etiopatogenetici care le-au cauzat (alcoolism, epilepsie, farmacodependenţă, intoxicaţii, infecţii, traumatism craniocerebral etc.). (7)

AMOBARBITAL (Dormital(+), Amital(R), Eunoctal(R), Barbamil(R)) este un barbituric cu durată medie de acţiune (durata somnului 4—8 ore). Se administrează de multe ori sub forma sării sale sodice. În doze mici are efecte sedative, în doze medii posedă acţiune hipnotică, iar în doze mari este narcotic. Este un anticonvulsivant slab. Fiind metabolizat rapid la nivelul ficatului, prin sistemul microzomal, persistenţa sa la acest nivel este redusă; din acest motiv este un slab inductor enzimatic. Este indicat în diverse forme de insomnii (ca hipnotic), în nevroze (ca sedativ), ca tratament adjuvant al hipertensiunii arteriale. Se mai indică în delirium tremens, stări convulsive, accese maniacale, intoxicaţii cu stimulente ale sistemului nervos central (stricnină, cocaină). După unii autori, ar fi util în hipnoterapie şi în narcoanaliză. Preparatul este contraindicat în precomă şi comă, în insuficienţă renală. Reacţiile adverse, la doze terapeutice, sînt: somnolenţă, stare de oboseală, vertij, greţuri, diaree. La administrări îndelungate pot să apară reacţii alergice, în special urticariene. Toleranţa cu consecinţele ei se instalează destul de rar. Preparatul comercial românesc, Dormital(+), se prezintă sub formă de comprimate de 100 mg amobarbital sodic. În calitate de sedativ se dau 1/4—1/2 comprimate o dată sau de două-trei ori pe zi. Ca hipnotic se folosesc 1—2 comprimate cu o jumătate de oră înainte de culcare. Doza maximă pe zi este de 500 mg. Frecvent A. se administrează în caşete, în aceleaşi doze. (1)

AMPLITUDINE (EEG). Deviaţia maximă a unui grafoelement pentru un ciclu complet. În EEG amplitudinea se măsoară în μv. (6)

AMUZIE. v. AGNOZIA AUDITIVĂ

ANAFRANIL. v. CLOMIPRAMINĂ

ANAFRODIZIAC. Substanţe cu acţiune opusă afrodiziacelor, fiind medicamente cu acţiune deprimantă asupra sistemului nervos central. A. determină diminuarea sau inhibarea mecanismelor nervoase care reglementează activitatea sexuală (v. SEDATIVE, TRANCHILIZANTE, NEUROLEPTICE). (5)

ANALEPTICE. A. cuprind o serie de medicamente, care în doze mici, determină stimularea centrilor respirator şi vasomotor bulbari, intensificînd respiraţia şi augmentînd tensiunea

Scanned with CamScanner

arterială. Efectul lor este evident mai ales dacă aceşti centri sînt deprimaţi, de exemplu, în intoxicaţii cu opiacee, succedaneele morfinei, hipnotice, alcool etc. Faţă de aceste medicamente — cu efect deprimant al sistemului nevros central — A. au acţiune antagonică. Efectul A. nu este limitat numai la centrii menţionaţi ci se extinde stimulînd şi alte zone ale sistemului nervos central. Astfel A. pot determina reacţia de trezire EEG în cursul somnului narcotic, iar dozele mari pot declanşa diferite tipuri de convulsii, după natura medicamentului (în caz de supradozare). Unele A. acţionează prin stimularea directă a centrilor vitali din bulb. Din această categorie fac parte pentetrazolul, nicetamida (Coramin(R)), etamivanul (Vandid(R)), pretcamida (Micoren(R)), doxapramul (Dopram(R)), bemergridul (Ahypnon(R), Megimide(R)), amifenazolul (Daptazole(R), Fenamizol(R)), picrotoxina şi camforul. În această categorie pot fi amintite de asemenea cofeina şi stricnina (v. COFEINA şi STRICNINA) care au şi acţiune analeptică în sensul amintit. Alte A. stimulează în mod reflex centrii bulbari, prin intermediul sinusului carotidian (Lobelina(R), Citizina(R)). Între A. pot fi încadraţi şi antagoniştii analgezicelor narcotice; aceştia antagonizează efectul deprimant asupra centrilor bulbari determinat de opiacee, printr-un antagonism competitiv. Dintre acestea menţionăm nalorfina (Antorfina(R), Naline(R)), levalorfanul (Lorfan(R)), pentazocina (Fortral(R), Talwin(R)) şi naloxonul (EN 1530). (5)

ANANCAST. În psihiatrie, cuvîntul este întrebuinţat pentru a desemna o structură anormală a personalităţii, caracterizată prin: meticulozitate, nehotărîre, lipsă de siguranţă în acţiunile sale, îndoieli şi oscilaţii permanente, generatoare de anxietate (Lăzărescu, M.). Unele din aceste simptome le întîlnim în nevroza obsesivo-fobică şi în psihastenie. (v. PSIHOPATIE PSIHASTENICĂ, NEVROZA OBSESIVO-FOBICĂ). (2)

ANARTRIA. Lipsa capacităţii de exprimare verbală cu păstrarea conştiinţei faţă de această tulburare. A. apare în afazia motorie. (7)

ANATENSOL(R). v. MEPROBAMAT

ANDROPAUZĂ. Noţiune recent intrată în uzul medical prin care se înţelege diminuarea notabilă pînă la oprire a funcţiei endocrine sexuale la bărbaţi, fiind similară cu noţiunea de menopauză. Nu există un consens unanim în această privinţă; mulţi psihiatri şi endocrinologi consideră că la bărbaţi nu se poate vorbi în mod normal de o involuţie hormono-glandulară, funcţia de reproducere şi libidoul păstrîndu-se pînă la

Scanned with CamScanner

vîrstă înaintată. Ar fi vorba mai mult de o „vîrstă critică" determinată de cauze extraendocrine, cu manifestări pe plan psihic prin simptome neurotice polimorfe. Pentru cei care pledează pentru individualizarea andropauzei, aceasta are următoarele caracteristici: a) apare mai rar şi mai tîrziu (după 65 de ani) faţă de menopauză; b) variaţiile sînt mai mari, în ceea ce priveşte data apariţiei. Sînt citate cazuri la vîrsta de 30—40 ani; c) A. este însoţită de tulburări psihoafective şi vegetative, ca de exemplu depresie, anxietate, scăderea eficienţei intelectuale, diminuarea simţului genezic etc. În general, tulburările psihice din A. sînt mult mai puţin exprimate decît cele din menopauză; d) simptomele sînt bine influenţate de terapia hormonală (testosteron) fapt care, pentru unii endocrinologi şi psihiatri, constituie o probă diagnostică. Cercetările moderne au arătat semnificaţia procesului de involuţie. Şcoala românească de endocrinologie, în frunte cu I. C. Parhon, Şt. Milcu, Marcela Pitiş, a adus o contribuţie însemnată la elucidarea mecanismelor endocrine. Fenomenele de îmbătrînire precoce au fost bine studiate de Ana Aslan, care a propus şi introdus o medicaţie originală (v. GEROVITAL, ASLAVITAL). (4)

ANEMIE CEREBRALĂ. Este determinată de scăderea debitului masei sanguine cerebrale, fie prin hemoragii (uterine, lezarea unor vase mari, hemoptizie, melenă, hematemeză etc), fie prin boli discrazice sanguine (anemii primitive sau secundare). În primul caz, tabloul simptomatologic conţine tulburări de tip nevrotic (ameţeli, astenie, somnolenţă) sau de tip confuzooniric. În discraziile sanguine, şi mai cu seamă în anemia pernicioasă Biermer şi în anemia hipocromă, se descrie un sindrom neuro-anemic caracterizat, pe lîngă simptomele hematologice şi achilia din anemia Biermer, de prezenţa parestezilor extremităţilor, arflexie şi cîteodată de polinevrită. Psihic, anxietatea şi depresia sînt frecvente. În alte cazuri, scena psihică este dominată de tabloul confuzooniric (mai ales în stările avansate ale anemiilor) sau de simptome paranoide. Terapia corespunzătoare fiecărui tip de anemie are efecte salutare şi asupra stări psihice, care beneficiază — la nevoie şi simptomatic — de o terapie cu psihotrope (după caz). (4)

ANEMOFOBIE. v. FOBIE

ANESTEZIE AFECTIVĂ sau Anestezie psihică dureroasă. Tulburare particulară de afectivitate din seria hipertimiilor negative. Se observă în depresii şi melancolii şi constă dintr-o stare afectivă penibilă în care bolnavii îşi reproşează că nu mai pot iubi ca înainte şi nu sînt destul de puternic ataşaţi

Scanned with CamScanner

de familia lor, avînd impresia că le lipseşte rezonanţa afectivă, că nu mai simt nici durerea, nici bucuria. A.A. perturbă mai ales sentimentele şi se însoţeşte de obicei de delirul de autoacuzare; ea se întîlneşte în melancolie, stări depresive reactive. (3)

ANETIC. Tulburări de comportament care vizează codul moral. Aceste tulburări se observă în neuroze, psihopatii, farmacodependenţe, epilepsie, traumatisme cranio-cerebrale, schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, demenţe, oligofrenii etc. (7)

ANEURINA. v. TIAMINA

ANGINOFOBIE. v. FOBIE

ANGIOGRAFIE CEREBRALĂ. v. ARTERIOGRAFIE CEREBRALĂ

ANIDEAŢIE. Tulburarea de fond a gîndirii caracterizată prin blocarea procesului de desfăşurare a noţiunilor. În forma sa globală, A. se presupune că există numai în stările comatoase grave şi în oligofreniile profunde. (7)

ANONIMIE. Refuzul unui bolnav psihic de a-şi recunoaşte numele şi de a-şi atribui un nume (Predescu şi colab.). (7)

ANONIMOGRAFIE. Termen folosit de P. Sivadon prin care se înţelege preocuparea patologică de a scrie scrisori anonime, întîlnită de acest autor cu predilecţie la bolnavii paranoici. (7)

ANOREXIE MINTALĂ. Termen impropriu, sub care şi astăzi a rămas descrisă o formă specială de neuroză observată la fetele tinere. Ea a fost descrisă de Lasègue (1873) şi denumită astfel de Huchard, în 1883. Crémieux (în 1942) a precizat cele 4 simptome principale pe care se bazează: puerilism mintal, slăbire progresivă, absenţa poftei de mîncare şi amenoree. Debutul afecţiunii apare la vîrsta de 10—14 ani, aproape exclusiv la fete; acestea devin excesiv de preocupate de starea lor ponderală şi fac tot posibilul spre a nu mînca de teamă să nu se îngraşe (evită mesele, recurg la purgative drastice şi chiar la vomitive, atunci cînd familia supraveghează alimentaţia etc). De obicei bolnava devine capricioasă, încăpăţînată, se închide în sine, nu răspunde la întrebările îngrijorate ale părinţilor şi se izolează într-o tăcere ostentativă ori de cîte ori este întrebată în legătură cu refuzul său de a mînca. Amenoreea este întotdeauna prezentă şi alături de ea se remarcă o hipotensiune arterială cu bradicardie şi hipoglicemie. Slăbirea este progresivă şi fără o intervenţie eficace terapeutică, în timp de 1—3 ani de la debut, se poate ajunge la o stare de caşexie gravă, uneori irecuperabilă. Astăzi prognosticul acestei neuroze continuă să rămînă sever din moment ce decesul survine în 10% din ca-

Scanned with CamScanner

zuri. *Etiopatogenia* A.M. rămîne încă insuficient elucidată. Endocrinologii, care au încercat să explice întreaga simptomatologie pe baza tulburărilor hormonale, nu au reuşit să redreseze starea printr-o opoterapie recomandată (Bickel, Klotz etc). Psihiatrii şi psihologii au pus în evidenţă un decalaj între dezvoltarea somatică şi psihică, imaturitatea fiind unanim admisă. De asemenea s-au remarcat o serie de tulburări în relaţiile familiale, unde părinţii întreţin o atmosferă de tensiune continuă sau de prea mare libertate, în contrast evident cu exigenţele obişnuite pe care le cere vîrsta şcolară şi pubertatea. Decourt localizează în zona diencefalică sediul fiziopatologic al A.M., explicînd prin aceasta interferenţa aşa de mare a simptomelor de tip neurotic cu cele de tip endocrin. Deşi majoritatea cazurilor sînt observate la vîrsta pubertăţii s-au descris şi cazuri de anorexie nervoasă apărute mult mai devreme, la sugari şi la preşcolari. *Tratamentul* reclamă internare obligatorie pentru o supraveghere atentă şi continuă precum şi pentru a îndepărta eventualele influenţe nocive socio-familiale care au generat şi întreţinut A.M. Se va trece la o alimentare progresivă, în doze mici şi prize repetate. Se recomandă insulinoterapie şi, pentru început, chiar o terapie combinată (chimică şi electrică), continuată ulterior cu chimioterapie anxiolitică, psihoterapie individuală şi de grup, prin care se vor dirija interesele şi preocupările bolnavei spre lumea din jur şi spre o profesiune corespunzătoare cu posibilităţile şi dorinţele sale. (7)

ANOREXIGENE. Substanţe care reduc pofta de mîncare, acţionînd asupra centrului hipotalamic al saţietăţii pe care îl stimulează printr-un mecanism simpaticomimetic. Din acest grup fac parte derivaţi ai amfetaminei (Benzedrina(+)), metamfetamina (Pervitin(R)), fenmetrazina (Gracidin(R), Preludin(R)), fentermina (Duromin(R)), clorfentermina (Lucofen(R)). Industria noastră prepară amfepramona (Silutin(+)). Alţi derivaţi, aparţinînd altor grupe chimice, sînt Cleofilul(R) şi Menocilul(R). Dezavantajul anorexigenelor îl constituie acţiunile excitante centrale şi fenomenele simpaticomimetice (efect hipertensiv şi tahicardizant), care sînt prezente într-un grad mai intens sau mai redus. A. sînt utilizate în tratamentul obezităţii. (5)

ANOSOGNOZIA, sin. SINDROM ANTON-BABINSKI. Lipsa capacităţii de a-şi recunoaşte propria hemiplegie, bolnavul consideră propriile membre paralizate ca aparţinînd altei persoane. (7)

ANOXEMIE CEREBRALĂ. Scăderea concentraţiei oxigenului la nivelul sistemului vascular cerebral. Cercetările experi-

Scanned with CamScanner

mentale au demonstrat faptul că perturbarea debitului circulator cerebral, ca și diminuarea concentrației oxigenului prin blocarea hematiilor cu substanțe sau gaze toxice poate determina apariția unor tulburări psihice de intensitate variabilă. Masivitatea tulburărilor psihice depinde de durata expunerii țesutului nervos la anoxie. Experiențele au arătat că expunerea de 5—6 minute la anoxie se soldează ulterior cu recuperări parțiale ale activității psihice, iar o anoxie de peste 10 minute produce un adevărat deficit mintal, cu tulburări de comportament semnificative (Porot). În stările de asfixie grave, se descriu și stări confuzionale prelungite. Situațiile în care apare A.C. sînt destul de numeroase: intoxicație cu oxid de carbon, strangulare (inclusiv a fătului prin cordonul ombilical), insuficiență cardiacă gravă, atmosferă rarefiată, la mari altitudini etc. Clinic, principalele simptome în ordinea gravității sînt: a). starea de euforie (beția înălțimilor), hebetudine; b). oboseală, torpoare senzitivo-senzorială și intelectuală, cu tulburări de memorie și atenție; c). tulburări în perceperea timpului trăit (erori în ceea ce privește aprecierea scurgerii timpului); d) diminuarea simțului autocritic; e). modificări ale clarității cîmpului conștiinței, de la ușoară obnubilare sau somnolență pasageră, pînă la stări comatoase. Tratamentul este în funcție de cauza care a provocat A.C. Administrarea de oxigen, susținerea funcțiilor vitale, asigurarea unei mai bune irigații sanguine cerebrale, în caz de ischemie, sînt măsuri ce se impun. (4)

ANSIOLIN(R). v. CLORDIAZEPOXID

ANTABUZ. v. DISULFIRAM

ANTAGONISTE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

ANTALCOL. v. DISULFIRAM

ANTEROGRAD. v. AMNEZIE

ANTICOMIȚIAL, sin. ANTIEPILEPTIC. v. ANTIEPILEPTIC

ANTIDELIRANTE. Psihotrope majore care au proprietatea de a reduce sau antagoniza delirul (v. NEUROLEPTICE). (5)

ANTIDEPRESIVE. Medicamente antipsihotice din grupa psihoanalepticelor, utilizate în tratamentul depresiilor psihice. Au acțiune de stimulare a dispoziției. A. se împart în: timoleptice și psihoenergizante. *Timolepticele* ameliorează starea de depresie prin modificarea dispoziției bolnavilor. Au efect antidepresiv intens (v. ANTIDEPRESIVE TRICICLICE). *Psihoenergizantele* (timoanaleptice); produc stimulare psihomotorie, influențează dinamogeneza și diminuă depresia. Acțiunea lor antidepresivă este mai redusă. Efectul apare după o perioadă de latență (zile—săptămîni) de la aplicarea tratamentului. Acțio-

Scanned with CamScanner

nează prin modificarea metabolismului CA (adrenalină, noradrenalină, dopamină) și a serotoninei cerebrale, în urma înhibării monoaminooxidazelor (v. IMAO). Litiul poate fi utilizat de asemenea preventiv în depresie (v. LITIU). În afara medicamentelor enumerate, proprietăți antidepresive mai posedă: L-triptofanul, maprotilina, metilfenidatul și centrofenoxina. Alte medicamente cu efect antidepresiv, în urma acțiunii lor anxiolitice, sînt: levomepromazina, clorprotixenul, tioridazina etc. O seamă de medicamente recent introduse în terapeutică au acțiune antidepresivă dar nu pot fi clasificate în categoriile enumerate. Astfel sînt: viloxazina (Vivalan(R)), tofenacinul (Elamol(R)), nomifensina (Alival(R)), mianserina (Tolvon(R)), trazodonul (Trittico(R)). (5)

ANTIDEPRESIVE TRICICLICE (timoleptice). Sînt substanțe psihotrope care determină stimularea tonusului SNC, ele fiind active în toate stările de depresie, unde reușesc să amelioreze dispoziția bolnavului (efect timoleptic). La începutul tratamentului A.T. pot avea acțiune inhibitoare (uneori hipnogenă) apoi pot produce insomnie. Efectul terapeutic de inversiune a dispoziției bolnavului depresiv se produce după o perioadă de latență care variază, în funcție de preparat, de la cîteva zile (desipramina), la cîteva săptămîni (imipramina). Spre deosebire de amfetamine, A.T. nu determină efecte de stimulare psihică la indivizii normali. Aceste substanțe potențează acțiunea alcoolului, a medicamentelor cu efecte stimulatoare ale SNC, a atropinei și a aminelor simpaticomimetice. Unele A.T. au proprietăți antihistaminice și colinolitice; pot produce hipotensiune arterială și tulburări de tranzit intestinal. De asemenea mai au efect hipoglicemiant și scad pragul convulsivant la epileptici. Experiențele pe animale și observațiile clinice au pus în evidență tulburări ale activității cardiace și uneori chiar leziuni miocardice. Nu se asociază cu IMAO. În cursul aplicării terapeutice, dozele se măresc treptat, pînă la obținerea efectului („virajul dispoziției") apoi prin tatonare se stabilește doza de întreținere. A.T. se clasifică în: 1. Dibenzoazepine (Imipramina, Desipramina, Clorimipramina, Trimipramina, Opipramolul); 2. Dibenzocicloheptene (Amitriptilina, Nortriptilina, Protriptilina); 3. Alți derivați triciclici (Doxepinul, Dibenzepinul). Acțiunea A.T. se explică prin acumularea mediatorilor (CA și serotonină) la nivelul membranei postsinaptice (Lapin și colab., 1969; van Praag, 1973). Creșterea concentrației se datorește inhibării mecanismelor care pot duce la diminuarea cantității mono-

Scanned with CamScanner

aminelor (receptare la nivelul membranei presinaptice şi depozitare în terminaţia nervoasă). Datorită acţiunii A.T. efectul mediatorilor este potenţat şi apare stimularea SNC. Antidepresivele amine terţiare (imipramină, amitriptilină, clorimipramină, doxepina) împiedică recaptarea şi cresc concentraţia serotoninei, în timp de aminele secundare (desipramina, nortriplina, protriptilina) inhibă mai puternic reincorporarea noradrenalinei (Mendels şi colab., 1976). Poate fi luată în considerare şi o modificare a sensibilităţii receptorilor postsinaptici, care reacţionează mai bine la efectul mediatorilor din SNC sub influenţa A.T. Există şi A.T. care deşi sînt eficace în clinică nu modifică recaptarea monoaminelor cu rol de mediatori în SNC (Inprindolul). (5)

ANTIDEPRIN. v. IMIPRAMINA

ANTIEMETICE (Antiemetizante, antivomitive). Sînt medicamente care se opun declanşării vomei. Sînt indicate în vărsăturile postnarcotice, în emeza gravidică, în tratamentul răului de mare şi altitudine, în vărsăturile incoercibile. Administrarea lor trebuie făcută ţinînd cont de faptul că în multe cazuri vărsăturile sînt un act de apărare, care nu trebuie împiedicat. După mecanismul de acţinue A. se împart în: a) *Antivomitive centrale,* care acţionează deprimînd activitatea triggerului vomei (formaţie situată în area postrema din bulb). Aşa sînt neurolepticele de tip fenotiazinic, dintre care cel mai eficient este proclorperazina (Emetiral(+)). Tot din această grupă fac parte o serie de antihistaminice (în special difenhidramina, Benadryl(R) şi combinaţia sa cu 8-clorteofilina, Dramamine(R)) eficiente în vărsăturile care apar în răul de mare şi de altitudine; ele acţionează prin blocarea reflexelor cu punct de plecare labirintic; b) *Antivomitive periferice.* Produc anestezia mucoasei gastrice, diminuînd prin aceasta impulsurile care pleacă de la acest nivel. Aşa acţionează o serie de anestezice locale (în special etoformul-benzocaina, Anestezina(R)) şi bioxidul de carbon. Bioxidul de carbon poate fi administrat sub formă de apă carbogazoasă (sifon) sau rezultă din combinarea celor două poţiuni Rivieri (una acidă şi alta alcalină). Tot ca anestezic local (avînd însă şi o componentă centrală) acţionează şi clorambutolul (Cloretona). Cloretona se administrează în doze de 300 mg/kg, asociată cu cofeină (100 mg). (1)

ANTIEPILEPTICE. Medicamente cu structură chimică diversă, avînd efect terapeutic asupra crizelor epileptice. După L. Popovici (1976). A. se pot clasifica, în funcţie de formele electroclinice de epilepsie, în: 1. Substanţe antiepileptice propriu-zise

Scanned with CamScanner

indicate în crizele focale, în cele generalizate convulsive cît și în cele parțiale. Chimic, acestea aparțin la diverse grupuri: barbiturice, primidone, hidantoine, acil-(acetil)-ureelor, iminostilbenei, sulfonamidei, dicarbamați; 2) Substanțe anti-Petit Mal, aparținînd la două grupe principale: oxazolidine și succinimide. Mai există și grupa antiepilepticelor „polivalente" dintre care se detașează grupa benzodiazepinelor, cît și medicamente adjuvante, reprezentate în principal de amfetamine, bromuri, corticosteroizii, piridoxina, psihotone de reglare metabolică. (6)

ANTIHIPNOTICE. v. ANALEPTICE și PSIHOTONE

ANTIPARKINSONIENE. Medicamente utilizate în vederea ameliorării simptomelor bolii lui Parkinson și ale parkinsonismului simptomatic. În boala lui Parkinson există un dezechilibru al mediatorilor chimici (acetilcolină și dopamină), la nivelul ganglionilor bazali din creier (Klavans, 1970), de unde poate rezulta un exces funcțional de acetilcolină, cu hiperactivitate colinergică în nucleii cenușii striatali. Această stare justifică utilizarea medicamentelor care împiedică efectul acetilcolinei asupra receptorilor (substanțe colinolitice). Astfel acționează următoarele grupe de medicamente: Alcaloizi de belladonna: atropina, scopolamina; Derivați de alcooli terțiari: prociclidina (Kemadrin(R)), trihexifenidil (Romparkin(R), Artan(R)), biperidina (Aktineton(R)), clorhidrat de ciclimină (Pagitane(R)); Derivați de difenilmetan: benzatropină (Cogentin(R)), etilbenzatropina (Ponalid(R)), orfenadrina (Disipal(R)); Derivați de dietilaminoetanol: caramifen (Parpanit(R)); Derivați de fenotiazină: etopromazină (Profenamină, Parsidol(R)), dietazină (Diparcol(R)). Aceste medicamente pot produce fenomene secundare de tip atropinic. În boala lui Parkinson s-a constatat diminuarea dopaminei din neostriat (Birkmayer și Hornykiewicz). Din acest motiv, prin administrarea de L-Dopa (3,4-dihidroxifenilalanină, aminoacid natural, precursorul dopaminei) se urmărește refacerea conținutului dopaminei striatale. L-Dopa, sub acțiunea enzimei dopadecarboxilază, în bariera hematoencefalică sau în creier, se transformă în dopamină. Adamantina (Amantadina, Mantadan(R), Viregyt(R), PK-Merz(R)) poate potența acțiunea dopaminei. Tranchilizantele majore pot determina prin diverse mecanisme tulburări ale mediației dopaminergice striatale, motiv pentru care corectarea tulburărilor extrapiramidale se face cu antiparkinsoniene. Predescu și colab. (1968) recomandă utilizarea antiparkinsonienelor în scop profilactic, pentru prevenirea fenomenelor secundare determinate de tranchilizantele majore (neuroleptice) în cadrul sindromului neuroleptic. Astfel

Scanned with CamScanner

se poate proceda în cazul neurolepticelor incisive (v. NEUROLEPTICE INCISIVE). (Pentru amănunte vezi principalele antiparkinsoniene descrise în lucrare). (5)

ANTIPSIHOTICE. Medicamente utilizate în tratamentul psihozelor. Ele antagonizează simptomele din cadrul stărilor psihotice acute şi cronice, precum şi tulburările determinate de substanţele psihozomimetice la omul sănătos („psihoze model"). În cazurile patologice acţiunea lor principală este antidelirantă şi halucinolitică (v. NEUROLEPTICE şi ANTIDEPRESIVE). (5)

ANTISOCIAL. Orice fel de manifestare care nu respectă legile de bună convieţuire din cadrul unei societăţi. Comportamentul A. se observă în psihopatie, farmacodependenţă, psihoză maniaco-depresivă, schizofrenie, demenţă etc. În cadrul examinărilor recomandabil seriate, se va putea stabili intenţionalitatea şi conştientizarea unui comportament A. spre a lua măsurile necesare pentru rezolvarea lui. (7)

ANTRENAMENT AUTOGEN, este o metodă de tratament psihoterapic, o „psihoterapie fiziologică" (Jacobson) care urmăreşte obţinerea „detentei" psiho-afective prin relaxare (neuromusculară şi vegetativă). A.A. este o psihoterapie de relaxare concepută de Schultz, denumită şi autodecontractare concentrativă. Practic este vorba de aplicarea unor exerciţii fiziologice şi raţionale prin care se realizează o relaxare generală a organismului ce favorizează sugestia (respectiv autosugestia). Metoda se compune din 6 exerciţii de bază prin care se urmăreşte obţinerea unei stări de autohipnoză. Fazele necesită pentru învăţare 3—5 săptămîni şi alcătuiesc ciclul primar sau inferior (greutate, căldură, aparat circulator, aparat respirator, plex solar şi în final extremitatea craniană). În ciclul superior sînt cuprinse exerciţiile pentru culori, personale, pentru un obiect concret, obiect abstract, pentru realizarea expresivă a unei dorinţe şi de răspuns a inconştientului. G. Ionescu (1976) arată că acesta vizează în ansamblu perfecţionarea persoanei prin o mai bună autocunoaştere şi autostăpînire. A.A. se aplică azi pe o scară largă în stările nevrotice, la persoane emotive, hipersensibile, în episoade reactive etc. (4, 6)

ANXIETATE, ANGOASĂ. Plasată în cadrul emoţiilor de tonalitate penibilă, anxietatea a fost definită de J. Delay, modificînd o formulă a lui P. Janet, ca o „temă fără obiect aparent". Ea poate fi privită ca o trăire penibilă a unui pericol iminent şi nedefinit (teama în lipsa unei ameninţări externe), o stare de aşteptare penibilă, de tensiune afectivă continuă; bolnavul

Scanned with CamScanner

avînd impresia că i se va întîmpla ceva deosebit, ceva rău, fiind amenințat de un pericol pe care nu-l poate nici delimita, nici defini, nici înlătura. Bălăceanu și Nicolau plasînd schematic afectivitatea pe o axă confort-disconfort, disting 8 stări afective (pozitive și negative) în psihologia umană. Anxietatea ar fi o stare afectivă negativă aparte, legată, în general, de disconfortul creat de instalarea unei stări de motivație. În perspectiva unei semnificații informaționale, anxietatea se situează printre manifestările „sindromului de agresiune informațională" (Restian și Popp), bolnavul fiind dezorientat de marea cantitate de informații care îl asaltează. Este necesară diferențierea noțiunii de anxietate de noțiunile înrudite — neliniște, frică, angoasă. Actualmente definirea acestor stări distimice se poate încerca în raport cu obiectul lor — pericolul. Littré considera neliniștea, anxietatea și angoasa ca fiind trei aspecte ale aceleași stări. Brissaud opunea anxietatea, considerată de el fenomen psihologic, de origine cerebrală, angoasei, fenomen somatic, de origine bulbară. Mulți autori tind să pună un semn de egalitate între anxietate și angoasă, pe care le consideră două aspecte ale aceleași stări, prima pe versantul psihologic, cea de a doua pe cel somatic. *Angoasa* ar fi reprezentată de tulburările fizice care însoțesc anxietatea, traducînd mobilizarea tuturor resurselor energetice ale individului („o descărcare a anxietății" după Coilraut), o anxietate localizată pe un organ. În clinică sînt binecunoscute suferințele organice în care apare anxietatea proiectată pe un aparat sub forma angoasei, însoțită, în afară de senzații de constricție, de senzația morții iminente (ex. angor pectoris). Precizarea conținutului noțiunii de *anxietate patologică* necesită o referire obligatorie la anxietatea „normală", unul din cele mai frecvente fenomene emoționale ale existenței. Anxietatea nu este în sine un fenomen patologic, putîndu-se explica prin reacțiile subiectului în confruntarea sa cu situații neprevăzute, traumatizante, șocante, cu multiple aspecte și grade de amenințare. Anxietatea patologică, în opoziție cu cea normală, este caracterizată prin excesul, durata și intensitatea sa. Dintre toate clasificările stărilor anxioase, mai utilă practicii clinice pare a fi cea care distinge anxietatea paroxistică, structura anxioasă și afecțiunile organice generatoare de anxietate. Clinic, anxietatea se întîlnește în toate psihozele, dar în practică este mai frecventă în: *Stările confuzionale*, care realizează tabloul clinic al stuporii, agitației sau confuziei mentale, aspectul cel mai frecvent fiind însă

Scanned with CamScanner

cel al onirismului. *Unele echivalențe epileptice* (comițională-tatea temporală), în care anxietatea se însoțește de un sentiment de straniu, de înstrăinare a lumii ambiante, halucinații olfactive și gustative. *Perioada de debut a unor psihoze* (schizofrenia). *Bufee delirante, Psihoze periodice* (mai ales melancolia anxioasă). Crizele anxioase psihotice pot îmbrăca uneori forma de *raptusuri anxioase* foarte dramatice (cu tentative de suicid etc.). Structura anxioasă poate fi trăsătura dominantă a unor personalități morbide, cărora le aparțin toate varietățile de nevroză de angoasă, și anxietăți constituționale, precum și neurastenicii, hipocondriacii, obsesivii, fobicii. Există o serie de afecțiuni organice generatoare de anxietate. Crizele de angină pectorală, infarctul miocardic, crizele de astm, toate crizele spasmodice sau ocluzive ale viscerelor abdominale sînt însoțite de anxietate marcantă. Anxietatea poate apare și în afecțiuni somatice subacute sau cronice (hipertiroidism, leziuni ale trunchiului cerebral, encefalite etc.). La cele trei aspecte, care pot atinge paroxismul (anxietatea nevrotică, psihotică și de origine somatică), noi am adăugat anxietatea paraterapeutică. Aceasta se referă la efectul anxiogen al anumitor medicamente, utilizate în tratamentul unor afecțiuni somatice sau chiar psihice. Este cazul derivaților cortizonici, al unor antibiotice (ciloserina), al antidepresivelor (IMAO și derivații triciclici) și al psihostimulatoarelor. Un aspect recent discutat în legătură cu stările anxioase (la al VI-lea Congres Mondial de Psihiatrie, Honolulu) este cel al betablocantelor. După introducerea lor în cardiologie, s-a constatat că acești produși aveau de asemenea un efect „anxiolitic și destressant". Betablocantul reușește adesea să rupă spectacular cercul vicios care leagă angoasa de tulburările vegetative periferice (P. Kielholz). Această constatare deschide noi perspective în terapeutica stărilor anxioase. (3)

ANXIOGEN. Termen care se referă la efectul de producere, activare sau intensificare a anxietății. O serie de substanțe psihotrope pot intensifica, spori anxietatea. Asemenea efect îl au unii stimulenți centrali de tipul amfetaminei (benzedrina), al metilfenidatului, (centedrinul), IMAO (izocarboxazid, nialamid, iproniazida), antidepresivele triciclice cu acțiune stimulantă (desipramina, nortriptilina, protriptilina) psihodislepticele (LSD, psihocibină, cannabis etc.) (6).

ANXIOLITICE (v. și ATARACTIC). Sînt medicamente utilizate în tratamentul stărilor anxioase. După Gastpar (1976)

Scanned with CamScanner

din această categorie fac parte următoarele grupe de medicamente: A. propriu-zise (tranchilizante minore); neurolepticele (tranchilizante majore); antidepresivele cu acţiune sedativă (amitriptilina, doxepina, maprotilina, trimeprimina); sedativele, unii inhibitori β-adrenergici (oxprenolul, propranololul, pindolul). Acţiunea lor principală se răsfrînge asupra sferei afective. Ele pot oferi protecţie faţă de unele influenţe anxiogene ale mediului sau întrerup un cerc vicios care întreţine o stare anxioasă. Aplicaţia lor în practică se face diferenţiat, ţinîndu-se seamă de natura anxietăţii. Efectul secundar, care apare aproape la fiecare din medicamentele enumerate, este somnolenţa. Cele mai utilizate A. sînt tranchilizantele. (5)

ANXIOS, DELIR. v. DELIR

APATIE, sin. ATIMIE, (indiferenţă afectivă).Este o tulburare în care lipseşte rezonanţa afectivă. Bolnavii sînt indiferenţi, neutri, iar stimulii din mediul înconjurător (pozitivi sau negativi) nu mai găsesc răspunsul corespunzător. Dezinteresul lor se reflectă în mimică şi pantomimă care devin lipsite de expresivitate. A. se constată în stările de deficit intelectual — demenţe şi oligofrenii; ea este uneori unul din simptomele principale din schizofrenie. A. se mai poate datora unor blocaje în confuziile mintale de origine toxică (intoxicaţii alcoolice masive, intoxicaţii cu Co etc.) sau infecţioasă (febra tifoidă). A. este prezentă în unele stări depresive, în care domină inhibiţia (depresia stuporoasă). Procesele care determină hipertensiune intracraniană se pot însoţi de o stare de dezinteres şi lipsă de iniţiativă (unele tumori cerebrale, în special cele cu localizare frontală). A. mai poate fi şi un simptom de acompaniament în unele discrinii (hipotiroidism, caşexie hipofizară etc.). (3)

APĂRARE, DELIR DE. v. DELIR

APARKAN. v. TRIHEXILFENIDIL

ÁPEIROFOBIE. v. FOBIE

APERT, BOALA LUI. Descrisă în 1906 de Apert este cunoscută şi sub denumirea de acroencefalosindactilie. (7)

APETIT, APETENŢĂ. Termen folosit în psihiatrie pentru a caracteriza cerinţa imperativă de a consuma în mod abuziv alcool sau un produs chimic care duce la dependenţă. A. ar explica preocuparea dominantă pentru toxicul respectiv şi rapida obişnuire a organismului cu el. (7)

APIFOBIE. v. FOBIE

Scanned with CamScanner

APOMORFINA este un alcaloid înrudit chimic cu morfina. Se utilizează sub formă de sare clorhidrică, solubilă în apă. În contact cu aerul şi lumina, soluţia se alterează rapid devenind verde. În această situaţie nu se poate utiliza în terapeutică. A. acţionează printr-un mecanism central, determinînd vărsătura după administrarea s.c. La cîteva minute de la injectare, apare senzaţia de greaţă, urmată de vărsătură. Acţiunea vomitivă este energică dar de scurtă durată; în cursul vomei mai apar salivaţie abundentă, lăcrimare, transpiraţii reci, palpitaţii, deprimarea respiraţiei. A se utilizează în cazul unor intoxicaţii în care nu se poate practica spălătura gastrică, dar există certitudinea că toxicul mai persistă în stomac. În alcoolismul cronic poate fi utilizată în cadrul curei de dezgust. Prin administrarea A. şi a băuturii alcoolice preferate se elaborează un reflex condiţionat negativ faţă de etanol (v. ALCOOLISM). A. este contraindicată în sarcină, intoxicaţii cu substanţe deprimante ale SNC, în caz de ingestie de substanţe caustice, la cardiaci etc. Se utilizează în practică sub forma unei soluţii 1%, în doză de 5 mg s.c. (5)

APOPLEXIE CEREBRALĂ. Apariţie bruscă şi brutală a unei come cerebrale hemiplegice, cauzată în general de o hemoragie cerebrală (6).

APRAGMATISM. Tulburare globală de comportament caracterizată prin faptul că bolnavul nu reuşeşte să finalizeze o acţiune binecunoscută şi corect executată anterior, încurcîndu-se într-o serie de mişcări inutile, repetiţii, cu reluări de la început. Acţiunile sînt întrerupte, apar greşeli, ezitări şi, cu toată străduinţa depusă de bolnav, ele nu pot fi duse pînă la capăt. A. apare mai ales în stările demenţiale. (7)

APRAXIE. Tulburare gravă psihomotorie caracterizată prin incapacitatea bolnavului de a termina o acţiune (fără a exista concomitent o leziune a analizatorului psihomotor sau senzitiv). După unii neurologi A. este sinonimă cu agnozia de utilizare a obiectelor cunoscute (Lăzărescu, Broşteanu). Survine cu precădere în boli neurologice; în psihiatrie A. apare în psihozele presenile (Boala lui Alzheimer, Boala lui Pick). (7)

APROSEXIE. Tulburare gravă de atenţie voluntară, caracterizată prin lipsa posibilităţii de a se concentra asupra unui fenomen şi a-şi dirija efortul spre o anume acţiune. A. apare în oligofrenii profunde, stări confuzive, sindroame frontale, stări demenţiale. (7)

APROZODIE. Se caracterizează prin modificarea intonaţiei vorbirii, prin ştergerea inflexiunilor obişnuite şi în deplină

Scanned with CamScanner

concordanță cu semnificația cuvintelor. A. apare în intoxicații cronice cu barbiturice, în schizofrenie, boala lui Parkinson, epilepsie. (7)

ARAHNEFOBIE. v. FOBIE

ARHETIP. Termen psihanalitic introdus de C. G. Jung. Studiind sfera instinctivo-afectivă a inconștientului, Jung conturează unele grupări funcționale pe care le-a numit „arhetipuri". Ele reprezintă imagini foarte vechi care nu au atins pragul conștiinței individuale, dar care însumează întreaga experiență a ascendenților, dobîndită în cursul unei lungi evoluții filogenetice. Din aceste motive, datorită elementelor psihice impersonale, A. este asimilat cu inconștientul colectiv, filogenetic, non individual sau absolut, comun în conținut tuturor indivizilor. După opinia lui Jung, A. ar rezulta din experiența mitică a omenirii, sub influența elementelor unei naturi încă prea puțin cunoscută de oameni. Așa este de exemplu mitul solar (se pare cel mai vechi), universal răspîndit, bazat pe observarea răsăritului și apusului soarelui. Proiectarea reprezentărilor arhaice este numită de Jung „funcțiune transcendentală a inconștientului", funcție prin definiție irațională și contrară funcției raționale a conștientului. (4)

ARITMOMANIE. v. OBSESIE

ARTANE. v. TRIHEXILFENIDIL

ARTEFACT (EEG). Grafoelement înscris pe EEG, care nu are la origine activitatea bioelectrică cerebrală. A. pot fi de natură fizică (parazitare de la rețeaua electrică, mișcarea sau/și alunecarea electrozilor) sau de natură biologică (EMG, ECG, mișcările pleoapelor, transpirația etc.). Se subliniază mai ales faptul că unele A. imită undele lente și din acest motiv se pot produce erori de interpretare dacă nu este recunoscută adevărata lor natură. (6)

ARTERIOGRAFIE CEREBRALĂ. Metodă de examinare radiologică, realizată prin injectarea unei substanțe radioopace iodate în sistemul vascular cerebral. Injectarea se efectuează, mai frecvent, transcutanat, în artera carotidă, fapt ce va permite vizualizarea traiectului și ramurilor arterelor cerebrale anterioare și mijlocii, sau în artera vertebrală, fapt ce va permite vizualizarea traiectului și ramurilor arterei cerebrale posterioare. Principalele elemente diagnostice sînt reprezentate de deplasarea sau amputarea traseului normal vascular (procese expansive cerebrale), obstrucția vasculară (de origine trombotică sau embolică), evidențierea unei ectazii (anevrism cerebral).

Scanned with CamScanner

Din cele arătate mai sus se pot deduce şi principalele indicaţii ale metodei, iar contraindicaţiile sînt reprezentate de: ASC avansată, accidente vasculare cerebrale acute, comă, cardiopatii decompensate, intoleranţă la iod (testare cutanată prealabilă). (6)

ARTTERAPIE. Metodă psihoterapeutică bazată pe stimularea, pe cît posibil organizată într-un cadru adecvat, a posibilităţilor de exprimare plastică, grafică sau picturală a bolnavilor psihici (Volmat). A. porneşte de la constatarea că lucrările artistice în general, fie ele spontane, fie solicitate de medici sau psihologi, au efecte favorabile asupra psihicului bolnavilor. Experienţa arată că A. îşi aduce contribuţia şi în explorarea psihicului, dezvăluind valenţe ascunse, tendinţe, preocupări sau complexe. Ea permite şi facilitează contactul interuman, descătuşează tensiunile latente, diminuă anxietatea, calmează bolnavul dîndu-i încredere în forţele proprii. A. oferă posibilităţi reale şi autentice, de resocializare a bolnavului psihic. Psihiatria infantilă este beneficiarul prin excelenţă a acestei metode, care îşi păstrează însă o valoare importantă şi în psihiatria adulţilor, unde reclamă, pentru a obţine succes, o bună pregătire a artterapeutului atît în domeniul psihoterapiei, cît şi în a artelor. (4)

ASCHAFFENBURG, SEMNUL LUI. Se caracterizează prin faptul că bolnavul vorbeşte la telefon fără partener; se întîlneşte în halucinoză, delirium tremens. (7)

ASCLEROL (Asclerol(+), Ateroid(R)). Este un heparinoid extras din mucoasa duodenală. Spre deosebire de heparină, are efecte anticoagulante reduse. În schimb, posedă, ca şi heparina, o acţiune de clarificare a serului hiperlipemic, prin activarea lipoproteinlipazei. Diminuă trigliceridele şi colesterolul seric. Reduce depozitele ateromatoase de lipide. După cercetări efectuate cu metode moderne, reiese însă că eficienţa terapeutică a compusului este îndoielnică. Este indicat în tratamentul aterosclerozei. Reacţii adverse nu s-au semnalat. Nu prezintă contraindicaţii. Se prezintă sub formă de drajeuri de 50 mg (corespunzător la 1 mg ac. hexcuronic). Se administrează 4—6 drajeuri pe zi, înainte de mese, timp îndelungat. (1)

ASCUNS, sin. DISIMULAT, MASCAT, v. DELIR

ASIALIA, sin. ACRINIE SALIVARĂ, APTIALISM. Uscarea mucoasei bucale cu vădită greutate în vorbire şi în mestecarea alimentelor. A. apare în intoxicaţia cu atropină, cu opiu, precum şi ca fenomen secundar în tratamentul cu neuroleptice majore. (7)

Scanned with CamScanner

ASIMBOLIE. După Finkelburg care a creat acest termen și după Wernicke (1874) care are meritul de a fi elaborat prima concepție despre A., această tulburare încadrată în marele grup al agnoziilor, se caracterizează prin faptul că bolnavul își pierde capacitatea de a forma noțiunea despre obiectul respectiv, datorită tulburării procesului de identificare. Spaner reunește sub denumirea de A. întreaga gamă de tulburări de percepție reprezentată de acalmie, afazie, agnozie și apraxie. (7)

ASLAVITAL-H_4. Este un preparat special de clorhidrat de procaină, pentru uz geriatric, care conține în afară de procaină și „un factor activator" a cărui natură nu este indicată. Din numeroasele cercetări ale școlii românești de geriatrie (Parhon, Aslan și alții) a rezultat că procaina are un efect eutrofic net. În scopuri geriatrice, procaina se prescrie sub două forme: Gerovital-H_3 și Aslavital. A. este indicat profilactic și curativ în stările de senilitate la care predomină fenomenele cerebrale și cardiovasculare. Mai este indicat în astenie, surmenaj intelectual, perturbări ale memoriei și ale atenției, stări depresive, de hiperemotivitate, atît la vîrstnici cît și la adulți. La copii este indicat în stările de hipodezvoltare somatopsihică, în sechele postencefalomielitice. O altă indicație o constituie ateroscleroza cu diverse localizări: este aplicat și în profilaxia și combaterea accidentelor tromboembolice și a sechelelor posthemoragice. Preparatul este contraindicat în caz de idiosincrazie la procaină și la alte alergizante. Nu se administrează concomitent cu sulfamidele, PAS, care reprezintă antagoniști competitivi sau cu ezerina și neostigmina (Miostin(+)) care, inhibînd pseudocolinesteraza, pot prelungi în mod periculos acțiunea medicamentului. Preparatul se prezintă sub formă de fiole de 100 mg și drajeuri de 100 mg clorhidrat de procaină. Fiolele conțin și un „factor activator", iar drajeurile, pe lîngă acest factor, conțin și un factor antiaterogen (nu se indică structura sa). Posologia este variată. În general, în scop preventiv, se recomandă asocierea alternativă a administrărilor orale cu cele parenterale. În scop curativ se prescriu la început injecții, urmînd un tratament de întreținere cu drajeuri. Injecțiile se fac de regulă i.m. cu excepția cazurilor de insuficiență cerebrovasculară acută, cînd se pot administra i.v. lent. În arterite se face tratament cu injecții i.a. (1)

ASOCIATE, HALUCINAȚII, v. HALUCINAȚIE

ASOCIAȚIE MEDICAMENTOASĂ. v. INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE

Scanned with CamScanner

ASTAZIE-ABAZIE. Tulburare psihomotorie din grupul modificărilor paroxistice întîlnite în isterie și caracterizată prin imposibilitatea bolnavului de a-și menține fără un sprijin oarecare stațiunea bipedă și de a merge. Fără a fi însoțită de tulburări ale reflexelor, motilității sau a sensibilității obișnuite în sindroamele neurologice, A.A. are de obicei un debut brusc, imprevizibil (după o traumă psihică) și un sfîrșit de asemenea spectacular cu reversibilitate totală. Recidivele sînt posibile în următoarele luni sau ani, fără vreo cauză evidentă. Terapia este îndreptată atît spre rezolvarea factorilor psihotraumatizanți cît și spre folosirea unor metode sugestive-combinate cu psihotrope. (7)

ASTENIE. Este în esență o stare psihosomatică, caracterizată prin prezența unei fatigabilități psihice și fizice care impietează asupra eficienței muncii, a perseverenței și a tonusului psihofizic normal, indispensabil realizării unei activități organizate și susținute. A. este resimțită ca o trăire penibilă de epuizare, descurajare și tristețe (în unele cazuri). Ea încorporează două elemente: unul fizic, somatic, exprimat tocmai de senzația de oboseală, adesea însoțită de fenomene vegetative, și celălalt psihic, caracterizat prin epuizarea intelectuală cu incapacitatea de a depune eforturi psihice susținute. Este în fapt o „oboseală informațională", subiectul neputînd — din cauza fatigabilității crescute — să înregistreze și să păstreze fluxul informațional. Foarte frecventă — din punct de vedere sindromologic — poate fi clasificată în două categorii: 1. A. psihică (în care domină componenta psihică) și care este determinată fie de situații psihogene stressante (v. NEVROZE, PSIHONEVROZE), fie de organopatii cu evoluție psihotică (v. DEMENȚE, NEUROSIFILIS etc.), sau boli psihice ca schizofrenie și PMD, de obicei în fazele de debut ale acestora; 2. A. fizică (domină componenta somatico-vegetativă), întîlnită mai ales în convalescența unor boli infecto-contagioase (gripă, pneumonie, febră tifoidă, paludism), în unele disfuncții endocrine (Boala lui Addison etc.), boli neurologice (miastenie) și, în fine, în neurastenie. Tratamentul A. este etiologic (exemplu, insuficiența suprarenală) sau simptomatic. Se utilizează cu bune rezultate vitamina C, B_1, B_{12}, B_6, preparatele de calciu și natriu glicerofosfații. În cazuri mai rare, și pentru scurt timp, se administrează substanțe de tip amfetaminic (pervitin, benzedrin etc.) care însă prezintă riscul instalării farmacodependenței. În ultima vreme, psihotonele (lecitina, efortil, cerebrolizin, enerbol) sînt din ce

Scanned with CamScanner

în ce mai mult prescrise și dau rezultate bune într-un tratament bine dirijat și controlat periodic. (4)

ASTENOFOBIE. v. FOBIE

ASTEREOGNOZIE. Este imposibilitatea de a recunoaște un obiect cu ajutorul simțului tactil, cînd obiectul este pipăit sau ținut în mînă cu ochii închiși, în prezența integrității anatomo-funcționale a analizatorului tactil. A. este consecința unor leziuni organice cerebrale ce interesează căile asociative din zonele de proiecție ale analizatorului tactil și optic (v. AGNOZIE). În psihiatrie, simptomul este rar întîlnit; apare în unele psihoze organice, toxice, infecțioase (PGP), traumatice vasculare sau tumorale, de obicei asociat altor tulburări gnostice și praxice. (2)

ASTRAFOBIE. v. FOBIE

ATARACTIC. Termen folosit de Epicur (341—270 î.e.n.), după care însemna obținerea unei stări de liniște sufletească. A. cuprinde o grupă de medicamente care produc o stare de liniște, de deconectare. În literatura anglo-saxonă se utilizează cu același sens termenul de „tranquilizer" (v. TRANCHILIZANTE). (5)

ATARAX. v. HIDROXIZINA

ATAXIE INTRAPSIHICĂ. Noțiune introdusă în psihopatologie de Erwin Stranski pentru a explica și în același timp a defini esența schizofreniei. Pentru E. Stranski, tulburarea primară și fundamentală în schizofrenie este dezagregarea, destrămarea armoniei funcțiilor psihice care are drept consecință apariția unei deformații particulare a gîndirii umane, a personalității, care își pierde coeziunea internă și, prin aceasta, implicit relațiile cu mediul ambiant (v. SCHIZOFRENIE). Noțiunea are aceeași semnificație ca și „dizarmonia intrapsihică" descrisă de Urstein sau ca „discordanța" lui Chaslin. (4)

ATEFOBIE. v. FOBIE

ATENUARE (EEG), sin. DEPRESIE. Scădere în amplitudine a activității bioelectrice cerebrale, apărută în mod spontan sau provocată. (6)

ATEROSCLEROZA CEREBRALĂ. Boală generală determinată multifactorial și cu o patogenie complexă, ce are ca fundament o dereglare a homeostaziei metabolismului lipidic, la care se asociază o serie de tulburări metabolice generale, de hemostază, vasomotricitate, cît și tulburări locale ale peretului arterial, cu precădere în intimă. Consecințele, în ordinea dinamicii evolutive, sînt reprezentate de constituirea ateromului, ulterior

Scanned with CamScanner

a plăcii ateromatoase iar în final, stenozarea lumenului vascular și sclerozarea arterială. Perioada manifestărilor clinice, corespunde stadiului leziunilor anatomice avansate, în general după vîrsta de 45 ani. Localizarea de preferință a leziunilor aterosclerotice este în arterele mari și mijlocii (aortă, coronare, artere cerebrale). Referitor la ASC A. Kreindler (1971) arată că leziunile arterelor cerebrale coexistă cu leziuni ale arterelor extracerebrale, ele produc atît accidente vasculare majore, cît și o insuficientă irigare cerebrală, care — cel puțin inițial — se manifestă clinic prin simptome minore. Gama tulburărilor psihice în ASC este variată, ea concretizîndu-se sindromologic într-un model neurotic, unul psihotic și unul demențial. *Sindromul astenic* (pseudoneurastenia ASC) este reprezentat de un tablou clinic polimorf de aspect neurotic, dominat de cefalee, insomnie, amețeli, tulburări de fixare a atenției, la care se adaugă dismnezia și tulburările intelectuale de intensitate moderată. De asemenea, bolnavul poate deveni irascibil, prezentînd reacții coleroase, care sînt facilitate și de labilitatea afectivă a acestor bolnavi; tabloul clinic poate avea și o coloratură cenestopatică. Examenul neurologic în această fază evidențiază o simptomatologie frustă, cu caracter pasager (Oblu și colab., 1976). Diagnosticul se sprijină în mare măsură pe corelarea datelor examenului psihiatric cu un examen medical somatic și pe o serie de explorări paraclinice (fund de ochi, EEG, ECG, teste de dislipidemie etc.). *Sindromul depresiv* ce apare pe fondul ASC poate avea note anxioase și cenestopate sau poate fi acompaniat de idei delirante, din seria micromanică. Aceste sindroame depresive se instalează brusc pe fondul labilității afective caracteristice ASC și au o durată scurtă. *Sindromul maniacal* este întîlnit mai rar și se manifestă printr-o stare de agitație, în special nocturnă; euforia poate să nu domine tabloul clinic, în schimb este posibil să decelăm uneori idei delirante de tip expansiv. Alteori, sindromul maniacal ASC poate îmbrăca forma clinică a unei manii confuzive. *Tulburările de conștiință* se concretizează clinic printr-o simptomatologie confuzional-delirantă, oniroidă sau crepusculară, sub forma unor episoade tranzitorii, cu apariție în special vesperală sau nocturnă. *Psihoza halucinatorie cronică* ASC a fost descrisă de Ballet și Delmas. Debutul se situează după vîrsta de 60 ani, iar tabloul clinic este dominat de existența unor halucinații auditive, persistente și intense, iar secundar, ca urmare a existenței tulburărilor halucinatorii, se produc și interpretări delirante (idei de influență, prejudiciu,

Scanned with CamScanner

persecuție). De subliniat faptul că psihoza evoluează fără elemente semnificative de degradare intelectuală. *Demența ASC.* De la perioada tulburărilor psihice inițiale și pînă la faza instalării unor tulburări psihice ce situează bolnavul în cadrul demenței ASC, există în general o perioadă de mai mulți ani, caracterizată printr-o evoluție progresivă a simptomatologiei clinice. Această evoluție lentă spre demență poate fi marcată atît de perioade de ameliorări și accentuări simptomatologice, cît și de apariția sau repetarea unuia din sindroamele psihice menționate anterior (depresiv, maniacal, confuzional etc.). Există însă și posibilitatea ca tulburările psihice de tip demențial să fie urmarea unui ictus cerebral. În contextul evoluției simptomatologiei clinice un element dominant este reprezentat de tulburările de memorie, care cuprind atît evocarea cît și fixarea. Caracterul episodic inițial al tulburărilor mnestice tinde să devină permanent. De asemenea pe fondul afectiv scăzut și frecvent anxios, labilitatea afectivă se accentuează, apar reacții emoționale puternice, ele fiind declanșate de factorii minori din ambianță. Ca urmare a tulburărilor mnestice și afective se pot manifesta o serie de tulburări de comportament. De remarcat faptul că bolnavii păstrează multă vreme o atitudine critică față de tulburările psihice pe care le prezintă. În perioada cînd bolnavul se află în stadiul demențial propriu-zis, tulburările mnestice devin net exprimate, iar capacitățile operaționale ale gîndirii sînt deteriorate. De subliniat însă faptul că, denivelarea poate să nu intereseze global și în egală măsură toate funcțiile psihice. În faza avansată a demenței însă, bolnavii nu mai sînt capabili să se autoservească, devin gatoși, motive pentru care necesită o asistență permanentă. Exitusul survine de obicei prin maladii infecțioase intercurente. În cazul demenței ASC, examenul neurologic poate evidenția printre altele, agnozii, apraxii etc. În cadrul evoluției ASC se pot instala de asemenea și o serie de alte tulburări ce vizează aria de cuprindere a specialității de neurologie, printre care amintim: crize epileptice; ictusul apoplectic, în general de origine trombotică; paralizia pseudo-bulbară; paraliziile trecătoare ale ateroscleroticilor etc. *Tratament.* În cuprinsul acestui subcapitol nu se fac referiri la factorii de risc, a profilaxiei și a terapiei de fond a ASC, care se suprapune terapiei generale ASC. În ceea ce privesc tulburările psihice din ASC (V. Predescu, 1968), terapia psihotropă se aplică în mod diferențiat în funcție de tabloul clinic și mai ales în funcție de sindromul psihic dominant. În virtutea acestui principiu terapeutic indicăm următoarea schemă tera-

Scanned with CamScanner

peutică, pe grupe medicamentoase: 1). Tranchilizantele au indicație în sindroamele neurotice, alături de o terapie tonică și roborantă; 2). Neurolepticele, fenotiazine sau butirofenone, au indicația principală în tulburările psihice de tip psihotic (sindrom maniacal, confuziv, paranoid etc.); 3). Antidepresivele au indicație în sindroame depresive pe fond ASC. Se va utiliza de preferință amitriptilina. Imipramina se poate utiliza, dar cu prudență, în doze inițiale mici (25 mg) și cu o creștere lentă a dozelor (25 mg la 3 zile). Cel mai frecvent însă, realitățile clinice impun o asociere de antidepresive cu neuroleptice. Se subliniază că în aplicarea terapiei psihotrope în ASC, avînd în vedere vîrsta bolnavilor, trebuie să se țină cont de regulile generale de aplicare ale terapiei psihotrope la persoane în vîrstă, cît și de implicațiile somatice particulare fiecărui caz în parte. (6)

ATROFIA CEREBRALĂ. Termenul are de fapt un conținut anatomopatologic, exprimînd reducerea masei parenchimului cerebral, ca urmare a existenței unor leziuni de diverse tipuri la nivel celular. A.C. reprezintă însă un proces dobîndit, deci exclude hipoplaziile sau aplaziile cerebrale. A.C. are un caracter primar în boala lui Alzheimer și Pick, în demența senilă, și un caracter secundar în sindroamele cerebrale vasculare, posttraumatism cranio-cerebral, postinfecțios sau toxic, sau în alcoolismul cronic. Clinic, simptomatologia, deși este diversă semiologic, în mod schematic se concretizează în două planuri principale: neurologic și psihic, acesta din urmă reprezentat prin simptome de „deficit psihic" cu evoluție progresivă. În funcție de etiologie, localizare sau stadiu evolutiv, simptomatologia poate fi preponderentă pe plan psihic sau neurologic. Deși prezumția de A.C. rezultă din analiza contextului clinic, certitudinea diagnostică necesită efectuarea unei PEG, metodă de investigație radiologică ce, prin semne radiologice directe și indirecte, are o mare valoare de obiectivizare a A.C., precizînd atît caracterul difuz sau localizat al atrofiei cît și eventuala preponderență corticală sau subcorticală. (6)

AUDITIVE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

AULOFOBIE. v. FOBIE

AURA. Semn premonitoriu ce precede apariția unor simptome definite. În epilepsie A. anunță iminența unei crize secundare generalizate. A. este în fond o manifestare focală de scurtă durată, de obicei identică la același bolnav, reprezentată clinic prin simptome de ordin motor, senzitivo-senzorial, vegetative sau psihice, ce pot avea uneori o semnificație localiza-

Scanned with CamScanner

toare a focarului epileptogen. Crizele isterice pot fi de asemenea precedate de o A., care însă nu are o valoare patogenică deosebită. Fenomene clinice de A. pot fi întîlnite și în crizele de migrenă. (6)

AUTISM. Termen introdus de E. Bleuler. A. este o trăire psiho-afectivă particulară, caracterizată prin profunda interiorizare a ideilor și a sentimentelor, ce plasează subiectivitatea eului înaintea realității obiective a lumii înconjurătoare. Deplasarea ideilor, perseverația, eliberarea sau inhibarea lor, utilizarea simbolurilor, pierderea impactului cu realitatea, contorsionarea afectivă cu tulburări ce oscilează între anestezie și hiperestezie, incapacitatea bolnavului de a-și modela afectivitatea în raport cu realitatea, consecință a rigidității afective, trăirea în imaginarul angoasant al unei existențe ieșită din parametrii vieții obișnuite, stereotipiile, negativismul etc., au drept consecință replierea spre sine însuși sau în sine. Gîndirea dereistă caracteristică A. operează într-o lume aparte, abstractă, stranie, uneori prevalent imaginară, alteori mitologică, legendară. În A., personalitatea își pierde coeziunea, unitatea psihică, concomitent cu pierderea delimitării spațiului și a timpului trăit. A. este unul din principalele simptome ale schizofreniei. (4)

AUTOACUZARE, DELIR DE. v. DELIR

AUTOAGRESIUNE. v. AUTOMUTILARE

AUTOERASTIE, sin. NARCISISM. v. NARCISISM

AUTODEPILARE, sin. TRICOTILOMANIE. Ticul unor copii neurotici de a-și răsuci părul, sau chiar a-l smulge, mai ales în perioada cititului, a învățatului, fapt care poate uneori crea adevărate zone de alopecie (Gh. Nicolae, Gh. Noaghea). (7).

AUTOEROTISM. Satisfacerea erotică realizată de un individ, care își folosește în acest scop propriul său corp. Inițial termenul a fost propus de Naecke și mai tîrziu folosit de H. Ellis, care îl și introduce în literatura medicală de specialitate (v. NARCISISM). Freud consideră A. ca o etapă normală în dezvoltarea sexualității. O modalitate frecventă de A. este onania (masturbația sau ipsația), întîlnită la ambele sexe. A. a fost incriminat de psihanaliști în etiopatogeneza unor nevroze și psihoze denumite „narcisice", deoarece subiectul își centrează întreaga atenție asupra propriei persoane. După Freud „fixarea" libidoului în faza narcisică devine perversiune sexuală (așa-numita masturbație esențială, care se prelungește mult peste perioada pubertății). Uneori ea persistă toată viața, „întreținută" de ușurința cu care se obține, împiedicînd astfel

Scanned with CamScanner

subiectul să-şi organizeze modelul heterosexual normal de existenţă. În psihopatologie, A. este întîlnit în oligofrenie, schizofrenie şi în demenţe. El se explică prin „dezinhibiţia" instinctului sexual (hipererotism), cu scăderea pînă la dispariţie a controlului şi a criticii actelor instinctuale. O importanţă deosebită are A. în adolescenţă unde, prin posibilitatea „fixării" într-o conduită erotică anormală şi persistentă, poate stăvili maturizarea heterosexuală. Caracterul patologic al A. este determinat de substituirea persistentă şi preferenţială faţă de actul heterosexual (v. PERVERSIUNE SEXUALĂ). (4)

AUTOMATISM AMBULATOR NOCTURN, sin. SOMNAMBULISM. Manifestare episodică nocturnă, întîlnită cu precădere la copii şi reprezentată de scularea din pat şi mers prin încăperile locative, asociat sau nu cu mişcări complexe şi coordonate. Există o dificultate mare în trezirea bolnavilor din această stare, care este dealtfel urmată de amnezie. În majoritatea cazurilor A.A.N. este o manifestare psihogenă neepileptică, dar există şi cazuri care aparţin epilepsiei. După L. Popoviciu (1972), date utile pentru diagnostic sînt furnizate de înregistrările poligrafice nocturne cît şi de activarea medicamentoasă a EEG cu baytinal şi evipan sodic. (6)

AUTOMATISME EPILEPTICE. Acte motorii, simple, complexe sau cu caracter ambulatoriu, ce se desfăşoară pe fondul tulburărilor de conştiinţă, în legătură cu manifestările critice epileptice. A.E. nu reprezintă apanajul unui singur tip de epilepsie ci pot fi întîlnite în mai multe forme clinice cum ar fi: absenţele automatice, automatismele din epilepsia psihomotorie, criza epileptică circumcursivă (criză epileptică rotatorie), pseudoabsenţa temporală. (6)

AUTOMATISM MINTAL. Sindrom psihic caracterizat prin desfăşurarea întregii activităţi în afara conştientizării, a stării de veghe. Normal în A.M. psihologic sînt cuprinse toate manifestările postvoluntare, iar după Claude şi Lévy-Valensi, din A.M. fac parte atît manifestările psihice în care lipseşte starea de veghe, cît şi acelea în care bolnavul îşi păstrează starea de veghe, dar nu le recunoaşte ca morbide, cum ar fi obsesia, fobia, mentismul etc. Kandinski-Clérambault au descris un sindrom particular de A.M. (7)

AUTOMATISM PSIHOLOGIC. Descris de P. Janet (1889) se caracterizează printr-o serie de manifestări psihice simple, elementare, pe baza cărora se construieşte ulterior comportamentul complex, suplu şi adecvat al unei persoane. (7)

Scanned with CamScanner

AUTOMATISM VERBAL. Tulburare de limbaj caracteristică hebefreniei și manifestată prin logoree, incoerență, ecolalie, neologisme etc. (7)

AUTOMATOZA, sin. SINDROMUL LUI ZINGERLE. v. ZINGERLE

AUTOMISOFOBIE. v. FOBIE

AUTOMORFISM. După Logre este o manifestare a egocentrismului manifestat prin subaprecierea celorlalte persoane după criterii subiective, proprii. În cadrul A, se cuprinde și reflectarea sau proiectarea trăsăturilor proprii la alte persoane. A. apare în isterie, psihopatie, debilitate mintală. (7)

AUTOMUTILARE. Manifestare psihopatologică, asimilată motivațional cu suicidul și refuzul alimentar; în esență o tulburare a instinctului de conservare, care în cazul A. semnifică — după psihanaliști — dorința autopunitiei sau reflectă o modificare brutală și paradoxală a conduitei, adesea sub impulsul delirului și halucinației, ca în schizofrenie, epilepsie, melancolie etc. Formele de A. sînt numeroase și variate: scarificarea tegumentelor, enucleerea unui ochi, amputarea unui deget (mai ales al policelui), arderea unui membru, tăierea limbii, castrarea etc. Th. Blondel a introdus termenii de enunchism edipian (de la Edip care și-a scos ochii) și scevolism (de la Mucius Scevola care și-a ars brațul). A. apare frecvent în melancolie (anxioasă și cu delir mistic), în schizofrenie, în delire cronice sistematizate la psihopați, la oligofreni, la epileptici și la demenți. Autosugestia și mai cu seamă contagiunea mintală (la mistici, masochiști, algomani etc.) joacă mare rol în A., astfel Evul mediu a cunoscut veritabile epidemii de „flagelați". În fine se menționează și automutilarea la militari; amputarea policelui (pollex troncatus) în scopul evitării satisfacerii serviciului militar (Fr. Jacob). (4)

AUTOPSIHIC. Termen utilizat în semiologia orientării pentru a desemna capacitatea bolnavului psihic de a-și recunoaște propria persoană (orientat autopsihic) sau de a nu fi capabil de acest act (dezorientat autopsihic). În cadrul orientării A. sînt cuprinse datele ce conturează identitatea persoanei (nume, prenume, vîrstă, profesiune, adresă) și modul în care își apreciază boala (conștiința bolii). Tulburările orientării autopsihice sînt caracteristice majorității psihozelor. (6)

AUTOPUNIȚIE. Tulburare gravă a instinctului de conservare pe baza căreia bolnavul își aplică singur o pedeapsă pentru o greșeală reală sau imaginară și pentru care consideră că societatea din indulgență nu l-a admonestat. De cele mai

Scanned with CamScanner

multe ori recurge la automutilări (v. AUTOMUTILARE). A. survine în depresie, melancolie, schizofrenie, neuroză anxioasă, PGP. (7)

AUTOSADISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

AUTOSEXUALISM. v. NARCISISM

AUTOSCOPICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

AUTOSUGESTIE. Formă particulară de sugestie, în care individul folosește posibilitatea ca, prin mecanisme subconștiente să-și realizeze o stare similară sugestiei. În A. lipsește încărcătura emotivă și convingerea conferită de o autoritate independentă de subiect. A. este o bună metodă de tratament, realizîndu-se relativ ușor — prin antrenament adecvat și perseverent. Din aceste motive are mari posibilități de extindere și numeroase indicații. Pentru realizarea ei este necesară obținerea unei stări psihologice particulare, un echilibru constant între atenție și relaxare, dar de așa natură încît atenția să rămînă fixată fără efort deosebit asupra ideii reprezentate. Pentru realizarea A. se cunosc numeroase tehnici, în funcție și de opțiunea subiectului: concentrarea asupra unei imagini mintale, fixarea unui punct luminos etc. Porot. Învățată sub supravegherea unui psihoterapeut, A. poate fi utilă mai ales în tratamentul stărilor reactive și a nevrozelor. (4)

AUTOTOPOAGNOZIE, sin. SINDROMUL LUI PICK. Pierderea posibilității de localizare a segmentelor propriului corp, asociată cu pierderea orientării dreapta-stînga. A. apare mai ales în hemiplegii. (7)

AUTOUMILINȚĂ, DELIR DE. v. DELIR

AZOOFILIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE.

Scanned with CamScanner

BACILOFOBIE. v. FOBIE

BALBISM. v. LOGONEUROZA

BALISTOFOBIE. v. FOBIE

BARAJ PSIHIC. Tulburare formală de gîndire, caracterizată prin oprirea bruscă şi nemotivată a expunerii unei teme oarecare. După o tăcere de durată variabilă, bolnavul poate relua tema anterioară sau poate începe o altă idee care să nu aibă nici un fel de legătură cu precedenta. B.P. apare mai ales în schizofrenie; forma descrisă de B.P. este cunoscută şi sub denumirea de baraj de idei; ea este diferită de barajul motor, caracterizat printr-o oprire neaşteptată în timpul unei acţiuni. Acest model de baraj apare mai ales în cadrul sindromului catatonic. (7)

BARBITURICE. Derivaţi ai ac. barbituric (malonilureea). Ac. barbituric ca atare nu are efecte hipnotice, în schimb derivaţii săi sînt medicamente hipnotice, narcotice, sedative, antiepileptice, antispasmodice. Proprietatea cea mai importantă a B. este acţiunea lor hipnotică produsă prin blocarea transmiterii excitanţilor prin sistemul reticulat activator ascendent. B. produc o creştere a duratei somnului ortodox, în dauna celui paradox. După durata efectului hipnotic, B. se clasifică în: 1). B. cu durată lungă de acţiune (8—12 ore), ex: fenobarbitalul, barbitalul; 2). B. cu durată medie de acţiune (4—8 ore), ex: amobarbitalul; 3). B. cu durată scurtă de acţiune (2—4 ore), ex.: ciclobarbitalul, pentobarbitalul; 4). B. cu durată foarte scurtă de acţiune (10—30 minute) folosite ca narcotice i.v., ex.: tiopentalul, butalitalul etc. În doze mici, B. au acţiume sedativă, în doze medii efecte hipnotice, iar în doze mari devin narcotice. Unele B. au şi efecte antiepileptice importante (fenobarbitalul, mefobarbitalul) fiind utile în tratarea mai ales a formelor de grand mal; multe B. au şi activitate antispasmodică. *Indicaţii*

Scanned with CamScanner

terapeutice. Cu excepţia B. care sînt narcotice i.v., restul se utilizează pe scară largă ca hipnotice, în diverse forme de insomnii; se mai pot folosi ca sedative. Unele sînt întrebuinţate ca antiepileptice; este utilă asocierea lor cu alte medicamente antispasmodice. Fenobarbitalul se utilizează ca inductor enzimatic al sistemului microsomal hepatic; în această calitate este întrebuinţat în hiperbilirubinemia nou-născuţilor, în hepatitele cronice colestatice. *Contraindicaţii:* în comă de diverse etiologii, în insuficienţe respiratorii, porfirurii. *Efecte secundare*. Unele sînt banale (somnolenţă, greaţă, vărsături, vertij). Ele pot apare după tratament în doze terapeutice, dar în timp mai îndelungat. În cazul unor doze excesive, luate în special în scop de suicid, se dezvoltă fenomene comatoase. Utilizarea îndelungată a B. poate determina apariţia toleranţei cu corolarul său — farmacodependenţa. B. pot agrava o porfirie preexistentă. (1)

BARBITUROMANIE, sin. INTOXICAŢIE CU BARBITURICE. Tulburările produse de consumul de barbiturice pot fi subdivizate în acute şi cronice. *Intoxicaţia acută* este în majoritatea cazurilor voluntară şi făcută în scop suicidar; ea mai poate apare ca o greşeală de dozaj sau în urma potenţării barbituricelor prin consumarea lor simultană cu alcool sau tranchilizante. Intoxicaţia acută poate fi uşor confundată cu beţia alcoolică. În formele uşoare şi medii apar tulburări de vorbire (dizartrie), incoerenţă, mers cerebelos, labilitate afectivă, nelinişte, greaţă, vărsături. În formele grave (cînd cantitatea ingerată depăşeşte 1,5—2 g.) se instalează o stare comatoasă de intensitate variabilă în funcţie de starea generală anterioară a bolnavului şi de rapiditatea cu care este instituit tratamentul de urgenţă. Uneori în comele prelungite de 3—6 zile pot apare perioade de agitaţie psihomotorie, însoţite de episoade halucinator-delirante şi de automatism mental. Apariţia hipertimiei, a complicaţiilor pulmonare şi a oliguriei agravează prognosticul. *Intoxicaţia cronică* cu barbiturice se instalează după 3—6 luni de consum zilnic. Primele tulburări care demonstrează deja obişnuinţa sînt iritabilitatea, scăderea randamentului profesional, dismnezie, hipoprosexie, instabilitate emoţională. Bolnavul este vădit schimbat, devine morocănos, apatic, neglijent, dezordonat, susceptibil. Ulterior, la o examinare mai atentă se pun în evidenţă o serie de semne neurologice: nistagmus, ataxie, tremurături fine, alături de anorexie, erupţii, urticarie (faţă, organe genitale), edem angioneurotic, hepatită cronică evolutivă, diplopie, ameţeli etc. Obişnuinţa la barbiturice este demonstrată prin apariţia abstinenţei,

Scanned with CamScanner

ori de cîte ori doza este scăzută brusc dintr-un motiv oarecare (accident, internare) la 1/3 sau 1/2 din cantitatea cotidiană. Abstinența se manifestă prin paloare, transpirație, tremor cu tendință la generalizare, grețuri, vărsături, crampe abdominale, hipotensiune, convulsii și insomnie rebelă. Fenomenele de abstinență pot persista 1—20 zile; în urma lor rămîn uneori halucinații auditive și idei paranoide. Această stare este confundată cu delirium tremens din alcoolism. Peste fenomenele generale caracteristice intoxicației cronice cu barbiturice, pot apărea adevărate episoade acute psihotice de tip halucinator-delirant, sau pseudoparalitic, în care sînt frecvente tulburările de conștiință și agitația psihomotorie. Tratamentul de dezintoxicare în B. se face prin reducerea progresivă a barbituricelor în decurs de 14—21 zile, în funcție de vechimea intoxicației și de starea somatică a bolnavului, evitînd, printr-o observație atentă și permanentă, pericolul apariției abstinenței. Tratamentul general de redresare somatică reclamă o internare de 6 săptămîni—3 luni, perioadă în care se vor administra roborante, vitamine (mai ales B și C) și, în caz că este nevoie, psihotrope majore (clorpromazină, propericiazină). În această perioadă se vor evita tranchilizantele pentru ușurința cu care la rîndul lor pot crea o nouă obișnuință. În caz de comă barbiturică este necesară internarea într-o secție de reanimare, unde reechilibrarea hidroelectrolitică permite rezolvarea adecvată a acestor forme grave de intoxicații acute. Partea a doua a tratamentului după dezintoxicare se bazează mai ales pe psihoterapie, așa cum este necesar în orice farmacodependență. (v. și FARMACODEPENDENȚA). (7)

BARESTEZICE, HALUCINAȚII, v. HALUCINAȚIE

BARILALIE. Limbaj oral neinteligibil cauzat de o disartrie. (7)

BAROFOBIE. v. FOBIE

BATARISM. Tulburare de vorbire caracterizată printr-un ritm atît de accelerat, încît bolnavul nu mai este înțeles de interlocutor din cauza exprimării incorecte și a pronunțării cuvintelor cu o viteză mult prea mare spre a putea fi interceptate de cel care le ascultă. B. apare în agitația maniacală, intoxicație acută cu psihostimulente de tip amfetaminic. (7)

BATOFOBIE. v. FOBIE

BATRACOFOBIE. v. FOBIE

BAZOFOBIE. v. FOBIE

BAYLE, BOALA LUI. v. PARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ (PGP)

Scanned with CamScanner

BAYTINAL (butalilal). Este un tiobarbituric cu durată foarte scurtă de acţiune. Administrat i.v. produce un somn narcotic după o latenţă foarte mică; narcoza ţine scurt timp (5—10 minute). B. nu produce fenomene de excitaţie motorie în timpul inducţiei narcozei; în schimb poate deprima respiraţia. Efectele cardiovasculare sînt extrem de reduse. Este indicat în inducerea narcozei cu alte narcotice (lichide volatile sau gaze) precum şi în efectuarea unor intervenţii chirurgicale minore. Se administrează din soluţia 10% preparată extemporaneu. Inj. se face rapid, în doză de 350 pînă la 650 mg. (1)

BEARD, BOALA LUI. v. NEURASTENIE

BEHR, BOALA LUI. Descrisă în 1909, face parte din grupul bolilor eredofamiliale şi se caracterizează prin tulburări de limbaj, atrofie optică şi semne ataxo-spasmodice. (7)

BELAFITAL. v. FOBENAL

BEMEGRID (Ahypnon(R), Megimide(R)). Analeptic cu o structură chimică înrudită cu barbituricele şi glutetimida. Antagonizează starea de deprimare a SNC produsă de barbiturice (coma barbiturică) sau alte hipnotice, fiind considerat un antidot nespecific. B. stimulează respiraţia şi reduce profunzimea narcozei (de exemplu prin tiopental). Efectele activatoare ale B. se pot evidenţia pe EEG înainte de trezirea bolnavului. Stimulează centrii vitali bulbari, sistemul reticular activator ascendent, cortexul senzorio-motor şi funcţiile vegetative. Acţiunea este de scurtă durată, 10—20 minute, datorită oxidării şi eliminării rapide. Nu are proprietăţi psihotone. Se utilizează ca antidot în intoxicaţia barbiturică sau pentru întreruperea narcozei. Se poate folosi de asemenea pentru activarea EEG în formele incerte de epilepsie. *Efectele secundare* constau din stimularea metabolismului, tendinţă la oscilaţii tensionale, greţuri, vărsături, excitaţie psihomotorie, insomnie, fibrilaţie musculară localizată iniţial la nivelul feţei şi al pleoapelor, urmată de creşterea tonusului musculaturii membrelor. După doze mari pot apărea convulsii generalizate. Uneori apare o stare psihotică similară cu cea întîlnită în sindromul de abstinenţă barbiturică. B. nu se va administra la gravide, în stări de şoc. La epileptici poate determina crize convulsive. Acestea sînt grave la bolnavii trataţi anterior cu rezerpină. *Preparate. Posologie.* Ahypnonul(R) şi Megimidul(R) conţin 5 mg substanţă activă/ml. Stimularea respiraţiei se obţine prin injectarea i.v. a unei doze de 1 mg/kg. În cazul narcozei barbiturice, trezirea se poate obţine prin administrarea unei doze de 50 mg injectată lent i.v., urmată de repetarea la nevoie a unor doze de

Scanned with CamScanner

25 mg, la 1 minut interval, pînă la o doză totală de 200 mg. În intoxicaţiile grave este necesară repetarea dozei iniţiale de 50 mg, la interval de 3—10 minute. Doza maximă este de 1 g. Concomitent sînt necesare şi alte mijloace de terapie intensivă. Administrarea B. trebuie suspendată cînd apare hipertonia musculară deoarece se pot declanşa convulsii. Datorită acestui risc există opinia că B. trebuie utilizat excepţional în cazurile de mai sus. B. poate fi întrebuinţat în formele incerte de epilepsie pentru activarea EEG. Aceasta se obţine după injectarea rapidă i.v. a unei doze iniţiale de 25—100 mg, urmată apoi de doze succesive de 5 mg la intervale de 15—30 secunde, putîndu-se ajunge, după necesitate, pînă la o doză maximă de 300 mg. La sfîrşitul investigării EEG se poate injecta i.m. în caz de nevoie 0,1 g fenobarbital Na i.m. (5, 6).

BENACTIZINA (Amizil(R), Phobex(R), Suavitil(R)) este un tranchilizant derivat de difenilmetan. Are o acţiune calmantă redusă, dar posedă efecte M-colinolitice centrale şi periferice, determinînd diminuarea unor reacţii vegetative declanşate de emoţii. B. se utilizează în neurastenia cu manifestări vegetative, boala ulceroasă, astm bronşic. Poate produce efecte secundare de tip M-colinolitic, precum şi ameţeli. Uneori determină agravarea anxietăţii, insomnie, euforie, alergie. Are acţiune proconvulsivantă. Este contraindicată în glaucoame, hipertrofie de prostată. Nu se asociază cu terapia electroconvulsivantă. În timpul tratamentului este interzis consumul de alcool. Preparatele tipizate conţin 1 mg benactizină hidroclorică pe comprimat. Se administrează per os 1—3 mg pe zi, doza putînd fi ridicată pînă la 6 mg pe zi, după care se reduce, tatonîndu-se doza de întreţinere. Există preparate în care se asociază B. cu meprobamat (Deprol(R)). Astfel se realizează potenţarea efectului miorelaxant al meprobamatului şi se antagonizează acţiunea proconvulsivantă a B. (5)

BENZATROPINA (Cogentin(R)) este un antiparkinsonian sintetic obţinut prin combinarea părţii active a atropinei (nucleul tropinic) cu difenhidramina (antihistaminic). Datorită acestei compoziţii are acţiuni M-colinolitice puternice şi antihistaminice. B. este eficace în tratamentul parkinsonismului de diferite etiologii, inclusiv în cel determinat de fenotiazine sau alte neuroleptice; influenţează favorabil tremurătura şi rigiditatea, ameliorează de asemenea tulburările de vorbire şi de scris, crizele oculogire, sialoreea, disfagia, agitaţia. Unele efecte secundare sînt de tip atropinic (M-colinolitic), iar altele sînt

Scanned with CamScanner

comune cu cele produse de antihistaminice. Astfel pot apărea uscăciunea gurii, tulburări de acomodare, disfagie, inapetență, vărsături, scădere în greutate, anhidroză, parestezii, apatie, depresie. De asemenea se pot produce și fenomene de hiperexcitabilitate psihică, confuzie mintală, halucinații. B. în cazul dozelor mari poate intensifica simptomele bolii psihice în cadrul căreia au apărut fenomenele extrapiramidale, după neuroleptice. B. prezintă riscul cumulării. *Contraindicațiile* interesează ambele componente ale combinației. Nu se administrează la copii mici, la gravide, la cei cu hipertrofie de prostată sau glaucom. Se utilizează cu prudență la bolnavii cu tendință la hipotensiune arterială, tahicardie, precum și la alcoolici, la bătrîni și în cursul verii sau în mediu cu temperatură ridicată. Preparatul Cogentin mesylate(R) se prezintă sub formă de comprimate care conțin 0,5; 1 sau 2 mg B. și fiole în care se află 1 mg pe ml. În parkinsonismul postmedicamentos, dozele se vor individualiza, administrîndu-se 1—4 mg de 1—2 ori pe zi. B. se poate aplica parenteral (i.m. și lent i.v.) în doză de 1—2 mg, după care se continuă tratamentul per os. În cursul utilizării B. se recomandă reducerea dozei neurolepticului care a produs parkinsonismul. B. se va administra numai pe perioada necesară combaterii fenomenelor menționate. (5)

BENZEDRINA. v. AMFETAMINA

BENZOCTAMINA (Tacitine(R)) este un trachilizant cu o structură tetraciclică, fiind un derivat dibenzo-biciclooctadienic. Acționează asupra zonelor care intervin în coordonarea sferei psiho-afective, motorii și vegetative (sistem limbic, formație reticulară, sistemul fibrelor gamma). B. determină relaxare psihică și normalizarea tonusului muscular crescut. Poate întrerupe cercul vicios: anxietate-tensiune psihică, — hipertonie musculară — hiperexcitabilitate vegetativă-anxietate. Are acțiune stabilizatoare în sfera neurovegetativă, influențînd centrii superiori de control al funcțiilor vegetative. Stimulează ușor dispoziția. Favorizează instalarea somnului fiziologic. B. este indicată în anxietate, tensiune psihică, labilitate emoțională, sindroame psihovegetative, precum și în tulburările psihice care apar pe un fond de suferință somatică. Poate fi utilizată în anxietate și depresie cînd există tulburări ale ritmului somn-veghe. Este un medicament bine tolerat. Nu determină fenomene extrapiramidale. Pot apărea senzații de oboseală și uscăciunea gurii la începutul tratamentului. Reduce promptitudinea reacțiilor reflexe fiind contraindicată în tratamentul ambulator la conducătorii auto. Poate diminua toleranța

Scanned with CamScanner

la alcool. Uneori produce hipotensiune ortostatică. Este contraindicată în caz de afecțiuni hepatice și renale. *Preparate. Posologie.* Tacitinul(R) se prezintă sub formă de drajeuri de 5 și 10 mg, sirop 0,1% clorhidrat de B. Există și fiole care conțin 10 mg metansulfonat de B. Se administrează 10—20 mg, de 3 ori pe zi. (5)

BENZODIAZEPINE. v. TRANCHILIZANTE

BENZPERIDOL (Benperidol, Concilium(R), Frénactyl(R), Glianimon(R)) este un neuroleptic derivat imidazolpiperidinic de fluorobutirofenonă cu acțiune neuroleptică incisivă, a cărui efect antipsihotic este superior față de haloperidol. Proprietățile sale colinolitice sînt reduse. B. este indicat în psihozele în care predomină starea de agitație psihomotorie. Produce frecvent fenomene secundare de tip parkinsonian și are, în general, contraindicațiile similare cu haloperidolul. Se prezintă sub formă de comprimate, care conțin 2 mg, și fiole în care se află 1 mg B. Se administrează per os 0,5—6 mg pe zi. În cazurile de urgență, tratamentul se începe cu injectarea i.m. a dozei de 6—10 mg pe zi, după care se va continua aplicarea per os a medicamentului. (5)

BELERGON (Bergonal(R)) este un amestec format din: alcaloizi totali din rădăcina de beladonă, 250 μg, alcaloizi totali din secara cornută, 300 μg, și fenobarbital, 30 mg. Se prezintă sub formă de drajeuri. Datorită compoziției sale, B. are efecte anticolinergice-antimuscarinice, alfa adrenolitice, antispasmodice, sedative. Este indicat în distonii vegetative (tahicardii, palpitații cardiace, spasme ale organelor abdominale, faza incipientă a hipertensiunii arteriale); mai poate fi prescris ca medicație adjuvantă în hipertiroidism, gastrită hiperacidă, insomnii, vărsături, precum și în stările migrenoide. Este contraindicat în: glaucom, hiposecreție gastrică, ocluzie intestinală paralitică, hipotonii ale musculaturii netede, boli ale prostatei, fibrilație atrială. *Posologie:* la adulți se indică 2—4 drajeuri pe zi, timp de 20 de zile. Tratamentul poate fi repetat după o pauză de 10 zile. La copiii de 7—15 ani, 1—2 drajeuri după masă. Este contraindicată administrarea la copiii mai mici de 7 ani. (1)

BERGOFEN retard(+). Preparat rezultat din asocierea tartratului de ergotamină (0,5 mg) cu alcaloizi totali din rădăcina de beladonă (0,25 mg) și cu fenobarbital (40 mg) pentru un comprimat; B. este un parasimpaticolitic care diminuă global tonusul SNC și produce o bună sedare. *Indicații:* neuroze cu hiperexcitabilitate vegetativă, gastrită hiperacidă, hipertiroidism, hipertensiune neurogenă. Se mai poate aplica în insomnii și în

Scanned with CamScanner

sindromul Menière. *Posologie:* 1—2 comprimate pe zi, de preferat seara. *Contraindicații:* glaucom, epilepsie, diabet decompensat, miocardiopatii, hipertrofie de prostată. (1)

BERS-CONRAD, SINDROMUL LUI. Elementele caracteristice sînt constituite de prezența halucinațiilor tactile (insecte pe piele, furnicături, arsuri etc.) dublate de convingerea delirantă centrată pe ideea existenței unei boli parazitare cutanate, motiv pentru care bolnavul insistă să fie tratat ca atare. (7)

BESTIALITATE. v. ZOOFILIE

BEȚIE PATOLOGICĂ. În contextul stărilor de beție alcoolică, B.P. reprezintă o formă cu o simptomatologie complexă. Deși beția alcoolică este variabilă în intensitate, în durată și în privința reacțiilor individuale, cu consecințele lor, B.P. este caracterizată mai ales de acele tulburări psihice acute, care reprezintă o modificare brutală a personalității obișnuite a subiectului, fapt ce se repercută în mod pregnant în comportamentul lor. Psihopatologic elementul primordial este reprezentat de tulburările de conștiință de tip crepuscular, însoțită sau nu de o simptomatologie oniric-delirantă. B.P. se definește și prin faptul că durează de obicei mai mult decît beția alcoolică, frecvent se termină printr-o comă. Amnezia consecutivă este obișnuită. B.P. apare fără o legătură prea semnificativă cu cantitatea de alcool ingerată, iar, după unii autori, are tendință la repetare cu aceeași simptomatologie intensă și zgomotoasă. Cu toate că B.P. se poate manifesta ca un episod unic la o persoană aparent sănătoasă, cel mai frecvent se întîlnește pe fondul unei alte suferințe psihice cum ar fi: psihopatia, epilepsia, afecțiuni organice cerebrale (cu precădere posttraumatică), sau în convalescența unor boli debilitante din punct de vedere fizic. Cele mai caracteristice criterii de diagnostic pot fi considerate următoarele: 1. Criterii anamnestice, respectiv datele furnizate de aparținători asupra comportamentului bolnavului în cursul stării de beție, deoarece nu întotdeauna bolnavul este internat în timpul desfășurării fazei acute, el fiind de multe ori adus în spital în stare de comă. 2. Dacă bolnavul este încă în faza de desfășurare a beției, explorarea va fi îndreptată asupra tulburărilor de conștiință, iar apoi a comportamentului spontan din care se deduc repercusiunile tulburării primordiale a conștiinței. Cînd bolnavul este examinat ulterior (după consumarea episodului acut), vom viza reconstituirea faptelor ce s-au petrecut în faza acută. 3). Analiza fondului psihic care a putut facilita apariția unei beții patologice se realizează prin examen psihic corelat cu examinarea psiho-

Scanned with CamScanner

logică, examen neurologic, EEG etc. 4. Proba cu alcool este rezervată exclusiv bolnavilor internați în servicii de psihiatrie: ea trebuie aplicată selectiv, numai în acele cazuri unde este absolut necesară pentru elucidarea diagnosticului. Această probă se practică prin administrarea i.v. de alcool diluat în soluție glucozată (alcool 95% în fiole de 5 cc. diluat în glucoză 33%). Prin natura tulburărilor psihice din B.P., potențialul infracțional al acestei stări este mare, iar actele antisociale sînt comise sub influența tulburărilor de conștiință, dar cu păstrarea capacităților de integrare motorie (agitație confuzivă) cît și prin existența stării onirice halucinator-delirante. (6)

BEȚIE SIMPLĂ. Este o intoxicație alcoolică acută care apare după ingerarea unor cantități mari de băuturi, mai ales cînd alcoolemia atinge valori în jur de 1‰. În B.S. se realizează un tablou neuropsihic manifestat printr-un sindrom cerebelos cu tulburări de coordonare a mișcărilor, tulburări de echilibru, dizartrie, hipotonie musculară ce poate merge, în stadiile avansate, pînă la o stare comatoasă. Sînt prezente tulburările vegetative, tahicardii la început, apoi bradicardie, transpirații, tremurături, vărsături; mai apar modificări de reflexe pupilare și osteotendinoase, precum și tulburări de sensibilitate. Pe plan psihic, impregnația alcoolică — ocazională la o persoană normală sau prin exces la un alcoolic cronic — se manifestă la început printr-o stare de dezinhibiție corticală, cu euforie, logoree, supradimensionarea calităților proprii, paralel cu o diminuare importantă a autocriticii. Treptat, prin agravarea stării de intoxicație, excitația psihomotorie de aspect hipomaniacal este înlocuită cu o stare de inhibiție psihică, cu încetinirea proceselor asociative, scăderea dispoziției, apariția tristeței, hipoprosexie și dismnezie, apariția tulburărilor de conștiință (obnubilări, stări confuzionale sau comatoase cu amnezie parțială sau totală). B.S. nu necesită de obicei un tratament propriu-zis, deoarece prin eliminarea progresivă a alcoolului efectele sale dispar lăsînd o stare de indispoziție generală cu astenie, inapetență, greață, cefalee etc. În formele grave, cu impregnație masivă, cu tulburări de conștiință, agitație sau inhibiție psihomotorie, bradicardie etc, se vor administra analeptice cardiovasculare, de tipul pentetrazolului 1—2 f.i.m. (atenție la convulsii!), cofeină, glucoză. Atunci cînd există o scădere marcată a tensiunii arteriale și o depresie a centrilor respiratori se vor administra și analeptice respiratorii (carion, micoren etc.). În toate formele de B.S., atenția este dispersată, tenacitatea scăzută, iar performanțele la testările psihometrice se înrăutățesc sensibil; pen-

Scanned with CamScanner

tru acest motiv se interzice conducerea automobilelor după consum de băuturi alcoolice indiferent de nivelul alcoolemiei. (2)

BIBLIOFOBIE. v. FOBIE

BIERNACKI, SIMPTOMUL LUI. În tabes și în paralizia generală progresivă, Biernacki a descris anestezia zonelor inervate de N. cubital. (7)

BIFAZIC (EEG). Aspect morfologic al grafoelementelor, rezultat printr-o variație succesivă de polaritate în două sensuri opuse: negativ și pozitiv. (6)

BÎLBÎIALA. v. LOGONEUROZĂ

BIMANOL (Bitonal(R), Brainal(R), Deaner(R), Disforène(R)) este p-acetamidobenzoatul de 2-dimetilaminoetanol, cu efect psihogenizant, fiind un reglator metabolic al SNC. Este înrudit chimic și farmacodinamic cu 2-dimetilaminoetanolul (Deanolul(R)). De asemenea catena sa laterală se regăsește și în structura centrofenoxinei (Meclofenoxat(+)). Efectul său terapeutic se instalează lent după aproximativ 2—4 săptămîni. B. ameliorează capacitatea de concentrare, activitatea psihomotorie și influențează favorabil dispoziția. (5)

BIOPATOGRAFIE. Ansamblul de date anamnestice care privesc viața și totalitatea tulburărilor suferite de bolnav. (7)

BIPERIDINA (Biperiden, Akineton(R)) este un derivat de alcool terțiar cu acțiune colinolitică și antiparkinsoniană, eficace în tulburările extrapiramidale determinate de neuroleptice, unde corectează akinezia, rigiditatea și tremurăturile. B. poate determina efecte secundare de tip M-colinolitic, iritare gastrică, euforie, dezorientare, iar după administrarea parenterală hipotensiune. Este contraindicată în caz de glaucom. *Preparate. Posologie.* Akineton(R) se prezintă sub formă de comprimate de 2 mg și fiole de 5 mg (lactat de B). În tulburările extrapiramidale de origine medicamentoasă se administrează 3—4 mg pe zi după mîncare. În cazurile grave, doza poate fi mărită pînă la 8—12 mg/zi (Predescu și colab., 1968). Parenteral se injectează i.m. 2 mg—8 mg pe zi (în crizele diskinetice). (5)

BISMUT (Bi) este un antiluetic minor, cu acțiune treponemostatică și treponemocidă inferioară penicilinei. În organism B. devine activ probabil în urma transformării în Bi=O; mecanismul de acțiune constă în inactivarea grupărilor SH din enzimele agentului patogen. Absorbția și eliminarea B. depind de forma medicamentoasă utilizată. Soluțiile și suspensiile uleioase acționează și se elimină lent. Ca antiluetic, B. se utilizează mai ales ca medicație adjuvantă a penicilinei sau profi-

Scanned with CamScanner

lactic față de reacțiile de tip Jarisch-Herxheimer; În acest scop, inițial se administrează cîteva injecții, la cîte 2 zile interval, după care se trece la penicilinoterapie. B. produce numeroase *efecte secundare* (tulburări gastrointestinale, leziuni hepatice, renale, dermatite, stomatite etc). În intoxicațiile cu bismut se poate întrebuința ca antidot dimercaptopropanolul (Dimercaprol, Dicaptol, BAL, D.M.P., Sulfactin(R)), în doze de 1,5 mg/kg corp, profund i.m. B. este contraindicat în stomatite, tbc pulmonar activ, nefrite, hepatite, leucopenii, dermatite, stări cașectice. Formele medicamentoase: salicilat bazic de Bi (Bismosal(+), fiole a 2 ml, corespunzînd la 100 mg. Bi metalic). Este o suspensie uleioasă cu absorbție lentă. Există și preparate în care Bi este asociat cu penicilina (Bismocillin(R)). (5)

BIZARERIE. Comportament straniu, lipsit de concordanță față de solicitări, ieșit din comun, neașteptat. B. se observă mai ales în schizofrenie. (7)

BLEULER, SIMPTOMUL LUI. Halucinații vizuale complexe extracampine descrise de E. Bleuler. Bolnavul plasează obiectul sau scena, pe care pretinde că o vede, în afara cîmpului său vizual normal (în spatele său). Aceste halucinații se întîlnesc mai ales în schizofrenie. (7)

BLEULER, E., BOALA LUI. v. SCHIZOFRENIE

BOAS-MATHIEU, SINDROMUL LUI. v. ACORIE.

BOGĂȚIE, DELIR DE. v. DELIR

BONNET-MORSIER, SINDROMUL LUI. Complex halucinator preponderent vizual, care apare în psihozele senile. (7)

BOTUL SCHIZOFRENIC. Simptom frecvent întîlnit în schizofrenie, mai ales în formele catatonice, și care constă în contractarea orbicularului buzelor, determinînd astfel proiecția buzelor în afară, acestea luînd un aspect caracteristic. (2)

BOUDOURESQUE, SINDROMUL LUI. Formă clinică particulară a polinevritei alcoolice, caracterizată prin algii nocturne localizate mai ales în plantă și la haluce; ele sînt însoțite de anoxie și cianoza regiunii respective. (7)

BOVARISM. Termen folosit de psihiatrii francezi pentru a defini o personalitate structurată neurotic și caracterizată printr-o interferență între realitatea înconjurătoare și dorințele și fantasmele din reverii. Pe plan comportamental, B. se manifestă printr-o serie de tulburări dintre care fac parte mai ales mitomania, iritabilitatea, stările de demisie, tentativă de suicid etc. Termenul este derivat din numele eroinei romanului

Scanned with CamScanner

scris de G. Flaubert „Doamna de Bovary" şi care întrupează un astfel de personaj. (7)

BRADI. Prefix care subliniază o lentoare sau o încetineală în ritmul funcţional respectiv. (7)

BRADIESTEZIE. Tulburare de percepere senzorială în care se constată o lentoare în integrarea stimulilor. B. apare în stări confuzive, în melancolie, farmacodependenţe, psihoze senile etc. (7)

BRADIFAZIE. Greutate, încetineală în vorbire; cuvintele sînt tărăgănate, silabisite. B. apare în confuzie mintală, epilepsie, barbiturism, alcoolism cronic etc. (7)

BRADIFEMIE. Tulburare de ritm a vorbirii (expunerea orală se desfăşoară cu o viteză scăzută). B. este frecvent întîlnită în bolile psihice în care există o inhibiţie psihomotorie cu încetinirea procesului ideativ, ea fiind expresia verbală a bradipsihiei. (v. BRADIPSIHIE). (7)

BRADIFRENIE. Încetineala ritmului de desfăşurare a proceselor psihice mai ales a realizării unei conduite, din acest motiv mişcările sînt executate cu multă lentoare, domol, greoi. B. apare în stări postconfuzionale, în stări postcomoţionale, în depresii, intoxicaţii cronice etc. (7)

BRADIKINEZIE. Lentoare anormală şi globală a activităţii psihomotorii manifestată prin mişcări rare, facies inexpresiv, încetinirea vorbirii, precum şi scăderea iniţiativei pentru activitatea spontană. B. se întîlneşte în bolile psihice, care evoluează cu fenomene de inhibiţie psihomotorie cum sînt stările depresive, cît şi în sindromul parkinsonian (hiperton-hipokinetic) (6).

BRADILALIE. Vorbire greoaie, încetinită, tărăgănată care apare mai ales în stări confuzive, în epilepsie, în farmacodependenţă etc. (7)

BRADIPSIHIE. Lentoare, încetinire în desfăşurarea obişnuită a tuturor proceselor psihice, observată în epilepsie, depresie, intoxicaţie cronică cu barbiturice, stări postconvulsive, traumatisme cranio- cerebrale etc. (7)

BRAIDISM. sin. HIPNOTISM

BREUER, METODA LUI. Procedeu psihoterapeutic prin care se defineşte reliefarea amintirilor de către bolnav în cursul unei hipnoze. După unii autori, metoda lui B. este considerată drept una din tehnicile care au premers psihanaliza. (7)

BRIQUET, SINDROMUL LUI. Tulburări respiratorii însoţite de afonie datorate inhibării mişcărilor diafragmului; apariţia acestui sindrom a fost descrisă mai ales în isterie. (7)

Scanned with CamScanner

BROMAZEPAM (Ro 5—4200, Letoxan(R), Lexotonil(R)) este un medicament piridilbenzodiazepinic cu acțiune tranchilizantă, determinînd diminuarea stării de tensiune psihică și a tulburărilor afective din cadrul nevrozelor. B. se prezintă sub formă de comprimate care conțin 1,5; 3 și 6 mg. Este un medicament recent al cărui loc în psihofarmacoterapie nu a fost încă suficient precizat. (5)

BROMIDOROSIFOBIE. v. FOBIE

BROMISM, sin. INTOXICAȚIE cu BROM. Folosirea abuzivă și timp îndelungat a medicamentelor care conțin săruri de brom poate produce o gamă variată de tulburări care se datoresc (după Curran) faptului că bromul poate înlocui clorul din organism (tulburările apar cînd depășește 45%). Atît apariția cît și gravitatea simptomelor depinde în largă măsură de vîrsta și starea de sănătate prealabilă a persoanei; astfel Noyes și Kolb au atras atenția că la bătrîni, în ASC, în stări de denutriție, deshidratare sau în alcoolism cronic, tabloul clinic îmbracă forme severe. Simptomele de intoxicație cu brom apar la 4 săptămîni — 6 luni de la începutul consumului și se manifestă prin oboseală, apatie, dismnezie, hipoprosexie, și insomnie. Pielea este mai uscată, în schimb acneea apare mult mai rar decît se credea; limba saburală și tulburările digestive sînt aproape totdeauna prezente. La femei se instalează tulburări de ciclu menstrual iar la bărbați, impotență sexuală. Dintre simptomele neurologice cele mai frecvent întîlnite sînt: ataxia, tremurăturile fine ale limbii și a degetelor, abolirea reflexului pupilar la lumină. Odată cu cronicizarea, se observă o serie de modificări de personalitate, bolnavul devenind grosolan, iritabil și, în același timp, indolent. Cu toate acestea își păstrează mult timp fațada așa că își continuă în general activitatea profesională. Pe fondul intoxicației cronice cu brom pot apare însă decompensări psihotice particulare (M. Levin), care îmbracă unele forme mai binecunoscute: 1). Confuzia mintală de tip oniric cu halucinații vizuale, terifiante, dezvoltate pe fondul unor grave tulburări de orientare temporo-spațială, cu fenomene de tip déjà vu, jamais-vu și agitație psihomotorie. Tulburări de vorbire, dizartrie, față de mască, insomnie; 2). Halucinoza bromidică, în care tulburările principale sînt reprezentate de halucinațiile auditive față de care bolnavul are îndoieli, caută argumente și fapte care să-l convingă de realitatea lor; 3). Pseudoparalizie bromidică. Tulburările de vorbire sub forma unei dizartrii; alături de acestea, modificările LCR (albuminorahie) și simptomele neurologice pot produce un tablou clinic

Scanned with CamScanner

similar cu al paraliziei generale progresive; 4). Schizofrenie tranzitorie, apare la un interval de cîteva săptămîni după ce medicamentul a fost întrerupt şi se manifestă cu uşoare tulburări de conştiinţă (obnubilare, dezorientare, mai ales în timp, negativism, aplatizare afectivă şi idei delirante paranoide). Tratamentul intoxicaţiei cronice cu brom presupune, la început, reducerea progresivă şi treptată a cantităţii sărurilor de brom cu care bolnavul era obişnuit; concomitent se recomandă soluţie de ClNa, 2—4 mg/zi, sau clorura de amoniu, care, pe lîngă că este un bun diuretic, ajută şi la eliminarea sărurilor de brom din organism. Măsuri igieno-dietetice generale şi atenţie specială la combaterea constipaţiei. Psihotropele majore (incisive sau sedative) vor fi folosite după particularitatea tabloului clinic. Se recomandă supraveghere îndelungată şi instituirea unui tratament de 6 luni — 1 an cu Neuleptil, 3—6 capsule la zi. Control periodic la policlinică sau la LSM. (7)

BROMURI. Săruri anorganice ale bromului cu sodiul, potasiul, calciul, amoniul şi stronţiul, care au drept efect principal sedarea SNC. În doze mari B. au efect hipnotic, iar în doze apropiate de cele toxice, posedă şi acţiuni antiepileptice. Mai determină şi bradicardie de origine vagală-centrală. Datorită cercetărilor şcolii lui I. P. Pavlov, se ştie că bromurile produc fenomene de sedare nu prin diminuarea excitabilităţii SNC, ci prin întărirea inhibiţiei interne corticale. *Indicaţii terapeutice:* B. se folosesc în neurozele mai ales cu simptome anxioase. Datorită numeroaselor efecte secundare, care uneori pot fi grave, precum şi datorită faptului că tranchilizantele sînt net superioare, B. sînt pe cale de a fi părăsite. După unii autori, ar fi totuşi utile în caz de hipersexualism; această indicaţie este însă negată de alţi cercetători. Folosirea lor în calitate de antiepileptice este numai de interes istoric. *Contraindicaţii:* come, intoleranţă la brom, tbc., boala lui Addison. *Efecte secundare:* chiar la doze terapeutice, B. determină frecvent somnolenţă, vertij. Dozele foarte mari nu produc în general intoxicaţie acută, fiindcă apar vărsăturile care îndepărtează excesul. La administrări îndelungate şi în doze relativ mari, B. produc intoxicaţia cronică (v. BROMISM). *Preparate. Posologie.* Se administrează de obicei combinate, sub formă de poţiuni, în doze de 1—4 g. Există şi preparate comerciale româneşti care conţin bromuri: Bromura de calciu (fiole, care conţin 0,1 g/ml), fiole de 10 ml. La adulţi se administrează 1—2 g o dată şi 3—5 g. în 24 ore. Nu se dă copiilor. Datorită prezenţei ionului de calciu se pot folosi şi în caz de tetanie. Preparate româneşti tipi-

Scanned with CamScanner

zate ce conţin bromuri: Bromosedin (granule ce conţin mai multe bromuri). Se administrează cîte o linguriţă de 2—3 ori pe zi. Nervocalm (soluţie care, pe lîngă altele, cuprinde şi NaBr). Se dau 3—4 linguriţe pe zi. Pasinal (sirop cu KBr şi NaBr). Se dau 1—2 linguriţe, de 2—3 ori pe zi. (1)

BRONTOFOBIE. v. FOBIE

BRUXISM. Scrîşnirea dinţilor, care poate apare ca un tic în stări tensionale sau anxioase, după cum uneori se manifestă alături de alte semne psihomotorii în decursul somnului. (7).

BUFEUL DELIRANT, sin BUFEU DELIRANT-HALUCINATOR, BUFEU DELIRANT POLIMORF, PSIHOZA HALUCINATORIE ACUTĂ, STARE ONIROIDĂ. B.D. este o stare psihotică acută sau subacută de mare expresivitate clinică, cu debut brusc, evoluţie — în general — scurtă şi cu prognostic, în majoritatea cazurilor, favorabil. Încadrarea nozografică este deocamdată controversată. Practic B.D. apare în circumstanţe foarte diferite; la personalităţi psihopatice, hiperemotive, pasionale, paranoide, de asemenea la oligofreni, în toxiinfecţii, autointoxicaţii (renală, hepatică) etc; uneori poate apare în afara oricărui context psihotic preexistent, alteori se dovedeşte a fi masca sub care debutează şi evoluează o schizofrenie sau o psihoză afectivă periodică. Din aceste motive nu numai aspectele nozografice dar şi cele etiopatogenetice rămîn încă în mare măsură neelucidate. B.D. se caracterizează prin: a. Debut brusc aparent fără nici un pretext; bolnavul se găseşte dintr-o dată angajat într-o conjunctură misterioasă, stranie, acţionînd conform acesteia; b. Polimorfism simptomatologic; una din cele mai însemnate caracteristici ale B.D. este varietatea tematicii delirante (delire mistice, erotice-pasionale, paranoide etc), se desfăşoară cu repeziciune, caleidoscopic, din care motiv, Legrain l-a numit delir „proteiform"; c. Intensitatea trăirii delirante — are, în cazul B.D., atributele unei realităţi concrete care se impune bolnavului, fie ca un eveniment oarecare, fie ca o „revelaţie"; d. Conduita bolnavului reflectă trăirea intensă a tematicii delirante. Întreaga energie psihică a bolnavului este „concentrată" asupra delirului; e. Orientarea auto- şi allopsihică, în general bună, bolnavul fiind satisfăcător adaptat ambianţei; f. Afectivitatea modificată, fie sub forma distimiei, cu stări de anxietate, depresie, fie a euforiei, a exaltării. De multe ori afectul se „articulează" mai bine cu tema delirantă decît cu activitatea psiho-motorie; altfel spus, delirul cîştigă mai mult în tonalitatea emoţională, decît în expresia psiho-motorie H. Ey. Din aceste

Scanned with CamScanner

motive trăirea sau „aventura“ delirantă, cu rezonanţa ei afectivă, se derulează mai des şi mai mult în lumea închisă a experienţei morbide; g. Ritmul circadian este şi el frecvent modificat (insomnii de adormire, vise terifiante etc). *Forme clinice.* Sînt posibile mai multe clasificări. Unele încearcă să „lege“ B.D. de un eventual substrat psihopatologic, altele se bazează exclusiv pe constelaţia simptomatologică. În prima categorie se descriu: • *B.D. al debililor mintali,* pe baza sugestibilităţii apare un delir amplu şi prolific, în care temele delirante de grandoare se amestecă cu cele pasionale şi paranoide; • *B.D. de hiperemotivitate* (Dupré), unde predomină tematica pasională, extatică sau mistică; • *B.D. ale unor psihopatii,* în decompensare; este vorba îndeosebi de isterici, mitomani, la care delirul se încheagă într-o construcţie imaginativă bogată sau de paranoici (psihopaţi) la care delirul de persecuţie sau revendicare este obişnuit; • *B.D. din stările toxiinfecţioase şi din autointoxicaţii,* sînt adesea urmarea sau continuarea unui onirism toxiinfecţios din care împrumută şi prelucrează simptomele reziduale (amintiri, halucinaţii, iluzii etc); • *B.D. din presenilitate şi senilitate* reprezintă adesea „preambulul“ deteriorării mintale globale, care, la începutul ei, poate apare episodic sub forma B.D.; • *B.D. din stările afective-reactive;* în aceste cazuri el apare după un şoc emotiv puternic, în condiţii de viaţă stressantă, în război, după calamităţi naturale, surmenaj etc.; • *B.D. în adolescenţă* sînt extrem de importante din punct de vedere diagnostic şi prognostic deoarece, la această vîrstă, sub masca B.D. poate debuta şi evolua o schizofrenie. Dificultatea diagnostică este cu atît mai mare cu cît unele simptome ale schizofreniei ca: halucinaţiile, sentimentul de straniu, ecoul gîndirii etc., se întîlnesc şi aici destul de frecvent. B.D. la tineri trebuie bine examinate şi urmărite în evoluţia lor pentru a surprinde în timp util, „marca“ schizofrenică; • B.D. care prin apariţia lor repetitivă se apropie de psihoza periodică, la care unii autori le-au şi ataşat (Bumke). A doua categorie de clasificare a formelor de B.D. cuprinde: • Forme imaginative acute; • Forme interpretative acute; • Forme halucinatorii acute (bufee halucinatorii). *Diagnosticul pozitiv* se bazează pe o explorare clinică atentă care evidenţiază debutul brusc, simptomatologia variată polimorfă; „trăirea“ avînd caracterul acut, imediat al experienţei delirante, dar în care sînt remarcate oscilaţii între polul deplinei identificări şi convingeri în delir, cu elemente de perplexitate critică, totul pe fondul unei timii anxioase sau exuberante (H. Ey). *Diagnosticul diferenţial* se face

Scanned with CamScanner

cu psihozele afective: în special cu episodul maniacal, unde delirul este mai puțin exprimat, în schimb se evidențiază fuga de idei și activitatea de joc, teatrală și versatilă, dar și cu depresia care, prin caracterul închis, inhibat al conduitei, prin afectul distimic exprimat prin clasica „durere morală", se îndepărtează de B.D. Mai ușor se diferențiază de episoadele confuzionale care pot aminti un B.D. halucinator, dar prezența semnelor somatice precum și predominanța simptomelor confuzionale limpezesc diagnosticul. Marile dificultăți diagnostice le pune însă schizofrenia și pînă la un punct psihozele delirante cronice, în care evoluția și urmărirea cazurilor este necesară pentru stabilirea precisă a diagnosticului. Apariția semnelor de disociație ale autismului, evoluția trenantă sau remisiunile cu defect pledează pentru diagnosticul de schizofrenie. *Tratament.* Psihotropele au indicație majoră. Sînt preferate butirofenonele (Haloperidol, Triperidol) în doze de 5—10 mg/zi. De asemenea se întrebuințează clordelazina, 200—400 mg/zi, și levomepromazina, 100—300 mg/zi, în inj. sau tablete (mai ales acolo unde există o anxietate exprimată). Se folosește și EȘ simplu sau asociat cu psihotropele, iar unii recomandă comele insulinice. Durata tratamentului în medie este de cîteva săptămîni, obișnuit pînă la risipirea simptomelor psihotice. Este însă necesară prelungirea tratamentului cu încă 1—3 luni și după remisiune, pentru prevenirea recidivelor. Profilaxia vizează prevenirea B.D. în contextul unor grupe nozografice cu potențial de decompensare psihotică (psihopatii, oligofrenii, senilitate) sau în perioade de vîrstă vulnerabile (adolescență). Se vor lua măsuri de psihoprofilaxie, alături de cele de ordin social și profesional care să ofere condiții de încadrare sociofamilială corespunzătoare, precum și o asistență medicală calificată, uneori în formula de dispensarizare. B.D. ridică și probleme medico-legale, prin actele de violență antisociale pe care le poate genera. În aceste cazuri se impune expertiza medico-legală (v. EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ). (4)

BUFEU (EEG), sin. PAROXISM, DESCĂRCARE. Succesiune de unde, cu debut și sfîrșit brusc, ce se detașează de activitatea de fond prin morfologie, amplitudine și frecvență. (6)

BULIMIE, sin. HIPEROREXIE. Exagerarea instinctului alimentar; foamea nu mai este potolită, astfel că bolnavii cu B. mănîncă mult și fără rost cantități mari de alimente. B. apare în oligofrenie, schizofrenie cronică, demențe etc. (7)

BUMKE, SEMNUL LUI. Descris în 1903 de I. Bumke se caracterizează prin lipsa dilatației pupilare la emoții puternice

Scanned with CamScanner

sau în faţa unor excitanţi senzitivi; survine mai ales în schizofrenie, dar se poate observa şi la persoane sănătoase. (7)

BURNS-JASTROVITZ, SIMPTOMUL LUI. Euforie asociată la tendinţa de a face ironii sau glume mai mult sau mai puţin reuşite. Acest simptom apare în urma leziunilor localizate cu precădere în lobul frontal. (7)

BUTABARBITAL (Acid etil 5-sec-butil-5-barbituric, sub formă de sare de sodiu). B. este un barbituric cu durată mijlocie de acţiune (somn care durează 4—8 ore). Efectul debutează după o jumătate de oră. Durata acţiunii este independentă de eliminarea renală; ea depinde de viteza metabolizării hepatice. *Indicaţii terapeutice:* sedativ, hipnotic. *Contraindicaţii şi efecte secundare:* v. BARBITURICE. *Preparate. Posologie.* În calitate de sedativ, 8—60 mg (în medie 30 mg); hipnotic, 50—200 mg (doza medie de 100 mg). Preparatele comerciale (străine) au denumiri diferite ca Astiridon, Bubarbital, Butabarbital Sodium Butabarpal, Butisol, Mebutal, Paxital, Tridomal. (1)

BUTAPERAZINA. v. BUTIRILPERAZINA

BUTIRILPERAZINA (Butaperazina, Randolectil(R), Repoise(R), Tyrylen(R)). Este un neuroleptic incisiv, derivat piperazinic de fenotiazină, cu acţiuni asemănătoare cu ale trifluoperazinei (Stelazin(R)). Acţiunea sa antipsihotică se instalează rapid. Pe lîngă aceasta B. mai are efecte colinolitice, antihistaminice şi antivomitive intense. B. este indicată în formele productive (paranoid-halucinatorii) ale schizofreniei, precum şi în manie, psihoze paranoide, neuroze. B. se mai utilizează ca antihistaminic (boli alergice, dermatologie) şi ca antivomitive (vome de origine centrală). *Efectele secundare şi contraindicaţiile* sînt comune cu ale fenotiazinelor. Produce frecvent şi rapid fenomene extrapiramidale parkinsoniforme. Preparatul Randolectil(R) se găseşte sub formă de comprimate (2,5 şi 10 mg) şi fiole (sol. 0,5%) pentru inj.i.m. Tyrylen este un preparat injectabil similar. B. se administrează per os în psihoze în doză de 15—20 mg pe zi, iar în nevroze, în doză de 1—3,75 mg pe zi. Ca antiemetic, B. se administrează pînă la 2,5 mg/zi. Calea i.m. este utilizată numai excepţional în caz de urgenţă, la începutul tratamentului (15—30 mg/zi). (5)

BUTIROFENONE (Fluorobutirofenone). Sînt neuroleptice cu o structură chimică constituită dintr-un inel fenilcetonic de care se ataşează o catenă propilică continuată cu un nucleu piperidinic (sau mai rar piperazinic). În poziţia para a inelului fenilacetic există un F substituit care potenţează efectul neuroleptic. Prin catena laterală care se fixează de un azot

Scanned with CamScanner

terţiar B. se aseamănă întrucîtva cu fenotiazinele şi tioxantenele; structura chimică a B. reaminteşte şi compoziţia chimică a ac. gama aminobutiric (GABA). B. au efect cataleptogen la animale şi antagonizează acţiunea amfetaminei şi a apomorfinei; de asemenea B. au acţiune antivomitivă puternică. Acţiunea neuroleptică se explică prin similitudinea de structură cu GABA care are rol inhibitor asupra SNC şi prin blocarea receptorilor dopaminergici din creier. B. produc potenţarea acţiunii narcoticelor şi hipnoticelor, au efecte anorexigene şi vegetativotrope (colinolitic sau alfa adrenolitic). Unele B. posedă proprietăţi analgezice (prezenţa radicalului piperidinic). La om B. au acţiune neuroleptică şi antiemetizantă puternică. B. au următoarele efecte: 1). sedativ, ataractic; 2). B. sînt „normalizatoare" ale percepţiei; 3). efect organizatoric asupra structurii gîndirii; 4). efect restaurator al interrelaţiilor sociale; 5). efect antianxios (Predescu şi colab.) Acţiunea halucinolitică a B. este foarte puternică. *Indicaţiile terapeutice* cuprind schizofrenia, faza maniacală a psihozei maniaco-depresive, sindroamele cerebrale organice acute şi cronice. Se mai utilizează ca antivomitive precum şi în anesteziologie (premedicaţie, neuroleptanalgezie). B. pot produce fenomene secundare ca sindrom extrapiramidal, insomnie, somnolenţă, depresie, psihoze toxice (stări confuzionale, delir, halucinaţii), hipotensiune arterială, slăbire în greutate. Mai rar s-au descris reacţii adverse particulare cum ar fi „sindromul malign" (transpiraţii abundente, deshidratare, hipertermie, obnubilare) care poate apărea chiar după doze uzuale moderate şi „sindromul oral" (tremurături peribucale, diskinezie linguală, jenă în vorbire, trismus). Principalele B. sînt: Benzperidolul (v. BENZPERIDOL), Haloperidolul (v. HALOPERIDOL), Fluanisonul (v. FLUANISON), Dehidrobenzperidolul (v. DEHIDROBENZPERIDOL), Benzperidolul (v. BENZPERIDOL), Trifluoperidolul (v. TRIFLUOPERIDOL). (5)

Scanned with CamScanner

CACODILATUL de NA. Este un compus organic de arsen (41% As) care acționează prin eliberarea lentă a acestuia; C. are o toxicitate mai redusă decît alți compuși arsenicali; acționează terapeutic ameliorînd procesele de nutriție în urma diminuării proceselor oxidative, reface pofta de mîncare și stimulează hematopoieza. Este considerat un tonic nervos. Are acțiune favorabilă în convalescență, anemie, oboseală, neurastenie, cerebrastenie. C. poate determina iritație gastrică și halenă (miros de usturoi). Se administrează 0,01—0,15 g/zi per os și 0,05—0,10 g/zi s.c. Se poate asocia cu stricnină sulfurică (0,5—1 mg.) Datorită efectelor secundare menționate, astăzi are o utilizare limitată. (5)

CACOLALIE. Tulburare de vorbire caracterizată prin limbaj agramatical, neinteligibil, care apare mai ales în stările de demență gravă. (7)

CACORAFOBIE. v. FOBIE

CACOTEHNOFOBIE. v. FOBIE

CAFEISM. Consumul abuziv de cafea poate duce la obișnuință considerată de unii autori o farmacodependență minoră. În cazul unei intoxicații acute apare greață, logoree, vertij, midriază, tremurături fine, palpitații, anxietate și chiar agitație psihomotorie. Simptomele dispar după 12—24 ore de la încetarea consumului. Intoxicația cronică se instalează după 6 luni—1 an de consum zilnic și în cantități mari de cafea. Cele mai frecvente simptome (care se instalează progresiv) sînt anorexie, vărsături matinale, cefalee, tulburări gastrointestinale, dureri migratoare, de tip reumatoid, parestezii, aritmie cardiacă. Insomnia devine uneori acuza principală. Instalată destul de precoce, ea poate fi însoțită de episoade onirice, stări halucinator-delirante și mai ales de anxietate. La femei C. se însoțește de tulburări menstruale și de scăderea apetitului sexual. Majorita-

Scanned with CamScanner

tea cafeinomanilor consumă şi alte toxice între care tutunul ori barbituricele sînt cele mai frecvent întîlnite. *Tratamentul:* Spre deosebire de farmacodependenţele majore, în C. odată cu spitalizarea se poate întrerupe imediat consumul de cafea. Se va face o explorare minuţioasă a aparatului cardiovascular şi gastrointestinal, pentru ca odată cu roborantele şi psihotropele administrate să se instituie un tratament corespunzător tulburărilor existente. În terapia de consolidare a C., locul principal îl ocupă psihoterapia sub toate formele sale. Dintre psihotrope sînt de preferat neurolepticele (clorpromazina sau propericiazina), se va evita orice medicament care, la rîndul său, ar putea produce o nouă dependenţă (tranchilizante, barbiturice, amfetamine etc). Menţinerea bolnavilor sub un control periodic de 1—3 ani previne în mare măsură recidivele şi poate consolida în acelaşi timp rezultatele obţinute. (7)

CAFERGOT. v. COFEDOL

CAINOFOBIE. v. FOBIE

CĂMAŞA DE FORŢĂ. Mijloc mecanic de imobilizare a unui bolnav psihic în stare de agitaţie psiho-motorie, care constă dintr-o cămaşă confecţionată din pînză tare, avînd mînecile foarte lungi şi fiind încheiată la spate cu şireturi. Extremităţile mînecilor se încrucişează şi, prin această manoperă, odată cu ele, şi mîinile bolnavului pe piept. De obicei bolnavul, în decubit dorsal, este fixat pe pat, prin legături speciale (fîşii de pînză, cearşaf etc). Metodă folosită într-o perioadă în care terapia psihiatrică era puţin eficientă; astăzi este abandonată datorită chimioterapiei şi a altor tratamente moderne şi, în general, procesului de umanizare a psihiatriei care proscrie contenţia forţată. (4)

CAMPINE. v. HALUCINAŢIE

CAMPTOCORMIE. Contractură musculară a trunchiului prin care se produce o puternică anteflexie pe bazin. C. se observă în isterie, parkinsonism. (7)

CANCEROFOBIE. v. FOBIE

CANNABIS INDICA. v. HAŞIŞ

CARBAMAZEPINA (Finlepsin(R), Stazepine(R), Tégrétol(R)) este un derivat iminostilbenic cu proprietăţi antiepileptice şi antidepresive. Ca medicament psihotrop C. are efect favorabil asupra stărilor distimice interaccesuale; acţionînd antidepresiv ameliorează starea psihică şi permite reinserţia socială şi familială a bolnavului. C. are acţiune antinevralgică şi reechilibrează tulburările hidroelectrolitice de origine neuro-hormonală (de ex. diabet insipid). Este indicată în epilepsia grand mal şi pe-

Scanned with CamScanner

tit mal, crize focale, epilepsii psihomotorii. De asemenea se utilizează în nevralgia trigeminală, nevralgia glosofaringiană şi diabet insipid. Recent este aplicată în alcoolismul cronic, în stările posttraumatice craniocerebrale la tineri şi în oligofrenie cu sau fără epilepsie (Huber, 1974). *Efectele secundare* constau în greţuri, inapetenţă, somnolenţă, cefalee, vertij, tulburări de acomodare vizuală, tremurături, ataxie, icter colestatic, erupţii alergice, leucopenie, trombocitopenie, agranulocitoză, anemie aplastică. Diminuă toleranţa la etanol. În timpul tratamentului se face controlul hematologic repetat. *Contraindicaţiile* C. sînt similare cu ale antidepresivelor triciclice (dibenzoazepine) (v. DIBENZOAZEPINE). C. nu se prescrie la gravide. De asemenea nu se asociază cu IMAO. Este interzis consumul alcoolului în timpul tratamentului cu acest medicament. C. nu se administrează în tratament ambulator la conducătorii de autovehicule. Tratamentul se va întrerupe la apariţia erupţiilor alergice sau în caz de scădere a numărului elementelor figurate ale sîngelui. Preparatul Tégrétol(R) ca şi Stazepin(R) conţine 200 mg C. pe comprimat. La adulţi tratamentul se începe cu doze de 200—400 mg/zi; doza se va mări treptat pînă la 800—1200 mg/zi. La bătrîni dozele vor fi mai reduse. În cazurile în care C. se va înlocui brusc cu un alt antiepileptic, este util să se administreze barbiturice. În nevralgii, dozele sînt cuprinse între 400—800 mg/zi. (5)

CARDIAMIN, NICETAMIDA

CARFOLOGIE. Noţiune legată de o formă gravă de sindrom confuzional — delirul musitant, în care starea de agitaţie se desfăşoară într-un spaţiu limitat (al patului). Bolnavul semistuporos are mişcări vagi neconcordante, de apucare a unor obiecte invizibile denumite de autorii mai vechi C. Simptomul a fost descris mai ales în cursul febrei tifoide. (3)

CASPÈR, SIMPTOMUL LUI, sin. EREUTOFOBIA. v. FOBIE.

CASTRARE, COMPLEX. v. COMPLEX

CATA. Se foloseşte ca prefix în cuvintele compuse care capătă semnificaţia de mişcare în jos, în descompunere (Stoicescu, Gh.). (7)

CATAFAZIE. Repetarea stereotipă a unei expresii, a unor fraze, sau a unor cuvinte. C. apare în stările de intoxicaţie acută, în şoc traumatic, somnambulism, demenţă. (7)

CATAFRENIE. Stare de demenţă aparentă, cu un prognostic bun şi reversibilitate asigurată. (7)

CATAGELOFOBIE. v. FOBIE

Scanned with CamScanner

CATALEPSIE, sin. FLEXIBILITATE CEROASĂ. Tulburare psihomotorie întîlnită de obicei în sindromul catatonic şi caracterizată printr-o hipertonie musculară moderată, datorită căreia bolnavul poate menţine timp îndelungat o poziţie oricît de incomodă ar fi. C. apare mai ales în sindromul catatonic. (7)

CATAPLEXIE. Brusca pierdere a tonusului muscular care are drept consecinţă căderea bolnavului. Ea este însoţită de obicei de păstrarea conştiinţei bolnavului. C. apare după stress, stări tensionale acute, în isterie, epilepsie. (7)

CATARZIS. Termen psihanalitic propus de I. Breuer pentru a desemna fenomenul de „descărcare" emoţional-afectivă din hipnoză; este vorba de eliberarea unor stări afective vechi cu încărcătură negativă sau de lichidarea unui conflict refulat care parazitează viaţa psihică normală. Cuvîntul derivă din gr. kathartikos, adică ceea ce face purgaţie. În accepţiunea psihanalitică este vorba de o „purgaţie" a pasiunilor, a stărilor afective penibile. C. îmbracă uneori forma abreacţiei. (v. ABREACŢIE). Apare cîteodată la trezirea din coma insulinică sau după EŞ. Psihoterapia psihanalitică urmăreşte obţinerea C. prin care realizează lichidarea complexelor şi conflictelor refulate şi prin aceasta, afirmativ, vindecarea neurozelor. În ultimul timp se obţin rezultate bune şi mai rapide cu psihoterapia „armată" şi prin asocierea unor barbiturice cu acţiune scurtă sau medie — amital sodic, penthotal etc. (v. SUBNARCOZA). (4)

CATATIMIE. Cea mai lapidară şi mai concisă definiţie a C. este dată de Kretschmer: „transformarea pe care afectivitatea o produce asupra conţinuturilor psihice". Ca perturbare paroxistică a funcţiei timice se descriu aşa-zisele crize catatimice. Acestea ar surveni brusc fără o cauză exterioară decelabilă şi au un tablou de melancolie, agitaţie sau pasivitate, fără alterări ale stării de conştiinţă şi fără tulburări mnestice. Cele trei forme principale descrise sînt: C. depresivă (cu paroxism depresiv, bradipsihie şi bradikinezie); C. expresivă (cu euforie, veselie sau furie) şi C. de pasivitate (cu scăderea tonusului afectiv şi abulie). Se notează crize cataminice la parkinsonienii postencefalitici, la epileptici, la bolnavi cu leziuni ale nucleilor de bază şi ale ventriculului III. Urechia a descris criza diencefalică. Uneori survin crize catatimice la bolnavii anxioşi (care prezintă şi alte semne de perturbare diencefalică: cataplexie, narcolepsie). În afară de aspectul paroxistic noţiunea de C. este legată, în accepţiunea autorilor francezi H. Ey şi A. Porot, de o anumită stratificare a vieţii afective. În această perspectivă trebuie deosebite holotimia (care s-ar referi la afec-

Scanned with CamScanner

tivitatea de bază, primară, corelată cu pulsiunile, emoțiile fundamentale și echilibrul biologic) de C., care ar fi stratul superior al afectivității elaborate, constituite într-un sistem personal, care se desfășoară în domeniul relațiilor sociale și culminează cu conștiința morală. (3)

CATATIMIC, DELIR. v. DELIR

CATATONIE. Este un sindrom psihomotor care se referă cu precădere la tulburarea activității voluntare. A fost descris în 1874 de Kahlbaum. Simptomatologic se caracterizează prin: a). flexibilitate ceroasă sau catalepsie (v. CATALEPSIE), asociată cu o sugestibilitate crescută; b). negativism activ sau pasiv; c). tulburări extrapiramidale — hiperkinezii și akinezii; d). agitație sau stupoare catatonică. Refuzul alimentar, mutismul, opoziția, fenomenele de pasivitate și supunere automată etc. constituie cîteva din cele mai reprezentative componente ale negativismului catatonic. Hiperkineziile și akineziile se manifestă prin stereotipii de poziție (atitudinea) sau de mișcare, de aspect automat și repetitiv (ex. balansul de pe un picior pe altul). Ele sînt însoțite de alte modificări extrapiramidale și vegetative: hipersudorație, hipersalivație, tulburări de somn, tulburări în vasomotricitate etc. Agitația sau stupoarea sînt două modalități paroxistice de expresie a fenomenului de C. Agitația apare brusc, nemotivat, este amplă, violentă, adesea cu conduite clastice. Stupoarea se caracterizează printr-o puternică inhibiție psihomotorie, imobilism și negativism. Uneori bolnavul nu răspunde la nici un excitant extern. Stupoarea catatonică poate fi întreruptă imprevizibil de accese de agitație cu impulsivitate și agresivitate. Sindromul catatonic este însoțit și de variate tulburări neurologice: modificări ROT (hiperreflexie tendinoasă) și cutanate (abolite), uneori Babinski pozitiv, alături de midriază, pupilotonie și hipoexcitabilitate vestibulară. Mai pot apare și tulburări endocrine: la femei amenoree, hipomenoree, iar la bărbați azoospermie. În cazurile de C. gravă, cu refuz îndelungat alimentar și cu stupoare prelungită, se dereglează metabolismul proteic, lipidic și glucidic și apar fenomene de denutriție, edeme, avitaminoze și perturbarea echilibrului hidroelectrolitic. *Diagnosticul pozitiv* se stabilește pe criteriile simptomatologice. Sindromul catatonic, avînd etiologii diferite, apare în context psihopatologic variat. Cunoașterea etiologiei este necesară preciziei diagnostice. Din acest punct de vedere C. apare în: a) Stări toxiinfecțioase acute mai ales în unele boli epidemice ca febrele tifoide și paratifoide, colibaciloza intestinală, encefalita (letargică etc). De asemenea sînt descrise stări catatonice în

Scanned with CamScanner

septicemii, pneumonie francă lobară, febra puerperală, reumatismul Bouillaud-Sokoloski și în gripă. Clinic, în aceste cazuri C. apare în cadrul unui episod confuzional acut. b). Autorii mai vechi, Regis-Vincent, De Jong, au insistat asupra rolului infecțiilor cronice în apariția sindromului catatonic. Pe prim plan se plasează tuberculoza pulmonară, colecistitele colibacilozice, sifilisul cerebral și hepatita cronică (unele cazuri de ictere prin retenție și obstrucție). Lucrările experimentale ale lui Baruk și De Jong au demonstrat pe animale, instalarea C. folosind exotoxina colibacilară, tuberculina sau bila umană (stagnantă); fenomenele catatonice au fost produse și prin injectarea unor substanțe ca acetilcolina, bulbocapnina etc (Baruk). c). Tumorile cerebrale în special ale bazei creierului, traumatismele cranio-cerebrale, encefalozele și ASC pot produce C. simptomatice. d). Un grup aparte îl constituie C. din schizofrenie (mai puțin din melancolie, unde mai frecvent apar stările stuporoase), constituind de fapt o formă clinică distinctă. Se mai descrie încă o C. tardivă și o C. periodică, în corelație cu unele psihoze endogene. Stările pseudocatatonice apar în isterie și trebuie diferențiate de C. adevărată. O altă clasificare a C. este în C. experimentală (Baruk), C. involutivă, C. lucidă, C. onirică, mortală (Stauder), C. periodică și C. tardivă (Gusikov). *Prognosticul* și *evoluția* unei C. este în funcție de etiopatogenie; în principiu evoluția — în condițiile terapeutice moderne — este favorabilă. Un număr restrîns de cazuri — mai ales C. schizofrenice — se dovedesc mai rezistente la tratament. *Tratament*. În C. de origine toxiinfecțioasă, tratamentul este cel adecvat bolii somatice (febră tifoidă, pneumonie etc.). C. din psihozele endogene beneficiază de asociație EȘ + cură Sanckel, sau EȘ + psihotrope. În raport cu starea somatică, se aplică terapia de susținere a funcțiilor vitale (analeptice, tonice cardiace, aport hidroelectrolitic, eventual alimentație artificială în cazurile stuporoase trenante și cu refuz alimentar prelungit). Psihoterapia poate completa tratamentul în faza de revenire, cînd înțelegerea bolnavului o face realmente eficientă. *Aspecte medico-legale*. Stările de mare agitație catatonică la schizofreni, în special prin potențialul destructiv și autodestructiv, determinat de agresivitate, halucinații și delir, pun probleme medico-judiciare. Expertiza medico-legală se impune pentru elucidarea acestor cazuri. Uneori se aplică măsuri de izolare și tratament în conformitate cu prevederile art. 114 Cod Penal. (4)

CATECOLAMINE (C.A.). Sînt amine ale catecolului (radical fenol cu două grupări hidroxil). Unele sînt naturale (dopamina,

Scanned with CamScanner

noradrenalina, adrenalina) pe cînd altele sînt sintetice (isoprenalina). Proprietăţile farmacologice ale acestor compuşi au fost descrise la adrenomimetice. Schematic biosinteza C.A. naturale are loc după cum urmează: fenilalanină (fenilalaninhidroxilaza), tirozina (tirozinhidroxilaza), dihidroxifenilalanina (DOPA) (dopadecarboxilaza), dopamina (dopamin-β-hidroxilaza), noradrenalina (N-feniletanolaminotransferaza), adrenalina. Inactivarea CA se face prin: 1. captarea neuronală şi extraneuronală; 2. dezaminare oxidativă, realizată cu ajutorul monoaminooxidazei (MAO); 3. metilare în poziţia orto a ciclului catecolic, catalizată de catecol-0-metiltransferaza (COMT). (1)

CATESTEZIC, DELIR. v. DELIR

CATIZOFOBIE. v. FOBIE

CATOPTROFOBIE. v. FOBIE

CECITATE CROMATICĂ, sin. AGNOZIA CULORILOR. v. AGNOZIE

CECITATE PSIHICĂ. Termen creat de Munk (1876) şi caracterizat prin pierderea reprezentărilor optice, fapt care duce la nerecunoaşterea vizuală a obiectului respectiv. Nielssen (1937) a arătat că C.P. este datorată unei leziuni occipitale cu sediu în circumvoluţiunile 2 şi 3 din emisferul dominant. (7)

CEFALEE. Algie cu localizare craniană, relatată ca atare de bolnav. C. are o etiologie variată, reprezentînd un cîmp de interferenţă a mai multor specialităţi medicale. Ca substrat fiziopatologic, C. este datorată iritării structurilor particular sensibile intra şi extracraniene, realizată în principal prin dilatare şi distensie vasculară, tracţiune vasculară, inflamaţie, compresiune. *Semiologic,* C. poate fi analizată din mai multe puncte de vedere. 1). Analiza caracterului algiei — caracter superficial sau profund. Durere continuă de diferite intensităţi sau pulsatilă, durere difuză „în cască“ sau senzaţie de apăsare („cap greu“). 2). Analiza caracterului cronologic pe 24 ore (matinal, vesperal). 3). Analiza factorilor declanşatori (efort fizic şi intelectual, tensiune psihică, schimbarea poziţiei capului) cît şi a factorilor ce ameliorează cefaleea (repausul, întunericul, medicaţia). 4). Analiza fenomenelor de acompaniament: greaţă, sau/şi vărsături, scotoame, hemianopsie, fotofobie, vertij; pareze tranzitorii de nervi cranieni; tulburări neurovegetative; tulburări obiective de sensibilitate. 5). Criteriul evolutiv: C. cronică cu sau fără exacerbări, C. în crize, cu o anumită periodicitate. 6). Criteriul topografic: C. difuză sau localizată (hemicranian sau cu altă repartiţie). Practic C. se poate prezenta fie ca un element secundar în contextul clinic al unei boli, fie ca un

Scanned with CamScanner

simptom dominant al tabloului simptomatologic. În această ultimă ipostază, deşi C. reprezintă acuza principală pe care bolnavul o relatează, diagnosticul se bazează pe un amănunţit examen clinic şi paraclinic care va preciza etiopatogenia C. În psihiatrie, C. apare mai ales în neuroze, stări reactive, depresii, debut de schizofrenie, stări confuzive, sindroame posttraumatice, epilepsie, climax, ASC, tumori cerebrale etc. (6)

CEDECALCIN(+). v. GLICEROFOSFAŢI

CENESTEZICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

CENESTOPAT, sin. HIPOCONDRIAC. v. DELIR

CENESTOPATIE. Termen introdus de Dupré. C. se caracterizează printr-o tulburare conştientizată a percepţiei intero şi proprioceptive. În afara oricărei modificări organice reale, bolnavul acuză senzaţii corporale din cele mai variate, localizate cu predilecţie pe anumite organe: cord, stomac, intestine, organe genitale etc., şi însoţite de o stare de anxietate de intensitate diferită. Cei mai mulţi psihiatri înglobează în C. toate tulburările percepţiei legate de schema corporală, de la cele cu substrat lezional pînă la cele aşa-zise „pure", adică de la C. dintr-o afecţiune organică cerebrală pînă la C. din schizofrenie, hipocondrie sau depresie. Clinic, raportat la intensitatea trăirilor perceptuale şi la contextul simptomatologic în care apare se descrie: a). C. — simptom, care apare izolat în diferite boli organice sau psihice (ex. distonii neuro-vegetative); b). C. — sindrom, care prevalează într-un complex simptomatologic (ex. sindrom cenestopat la oligofreni); c). C. — boală, ce constituie caracteristica tabloului clinic (ex. nevroza cenestopată). (4)

CENTEDRIN (metilfenidat, Ritalin(R)) este un stimulent al sistemului nervos central de tip amfetaminic (v. AMFETAMINE). C. se deosebeşte de amfetamină prin efectele sale mai reduse atît la nivel central cît şi periferic. Este indicat în nevrozele depresive, intoxicaţii acute cu hipnotice, în alcoolismul cronic; o altă indicaţie o constituie tratamentul bolilor anergizante. Reacţiile adverse date de C. sînt de tip amfetaminic. Dacă se administrează îndelungat, poate produce obişnuinţă. Preparatul este contraindicat la bolnavii agitaţi; se recomandă de asemenea prudenţă în administrarea la epileptici şi hipertensivi. *Preparate. Posologie.* Preparatul Centedrin(R) este format din comprimate de 10 mg clorhidrat de metilfenidat. Doza uzuală este de 1—3 comprimate pe zi. Pentru a nu produce insomnie, nu se va administra după orele 16. Pentru evitarea

Scanned with CamScanner

fenomenelor de hiperexcitabilitate se recomandă asocierea cu tranchilizante. (1)

CENTROFENOXINA (Acephen(R), Astefen(R), Helfergin(R), Meclofenoxat(+), ANP 235, Lucidril(R)). Este un fitohormon sintetic, care stimulează activitatea nervoasă superioară, avînd rol psihoenergizant. Acţionează asupra scoarţei cerebrale şi a formaţiei reticulare; intervine de asemenea în reglarea neurosecreţiei hipotalamo-hipofizare. În structura sa se află ac. p-clorfenoxiacetic, care are proprietatea de a stimula metabolismul, facilitînd utilizarea glucozei în celulele nervoase. C. intervine şi în procesele din cadrul respiraţiei celulare, pe care o ameliorează. Are un efect protector faţă de hipoxie. Proprietăţile sale asupra SNC devin evidente după o perioadă de latenţă de 1—2 săptămîni, fiind necesară transformarea C. într-un metabolit activ. Această substanţă poate fi considerată ca un precursor metabolic al acetilcolinei, care are rol de mediator chimic în sistemul nervos central. În cursul narcozei poate facilita trezirea. Unele efecte ale C. pot fi reproduse experimental de ac. p-clorfenoxiacetic. C. este indicată ca stimulator şi reglator metabolic în cazurile în care activitatea nervoasă este afectată datorită unor tulburări metabolice (utilizarea glucozei). Aceste dereglări pot avea etiologie infecţioasă, toxică, traumatică etc. Se utilizează în tulburări de dezvoltare cerebrală la copii, în deficit intelectual la bătrîni, surmenaj intelectual, dismnezii, neuroza astenică, anxietate reactivă, stări depresive, delirium tremens, obnubilare, stări confuzionale, stări comatoase, precum şi în unele afecţiuni neurologice (hemiplegie etc). De asemenea C. se poate administra în sindroamele neuroendocrine produse de tulburări hipotalamo-hipofizare (diabet insipid). Toxicitatea C. este redusă, totuşi poate produce fenomene secundare ca iritare gastrică, insomnie, inhibiţia secreţiei lactate. Este contraindicată în cazurile de agitaţie psihomotorie, insomnii, precum şi în perioada de lactaţie. *Preparate. Posologie.* Meclofenoxatul(+) conţine pe comprimat 100 mg substanţă activă. La început se administrează o doză de atac de 400—1200 mg/zi, apoi se tatonează doza de întreţinere cuprinsă între 300—800 mg/zi. În delirium tremens, dozele pot fi mai mari (3—4 g la început). Există şi preparate injectabile (Lucidril 250(R)) care se utilizează în cazurile în care se urmăreşte un efect rapid sau administrarea per os nu este posibilă (1—4 fiole de 250 mg/zi lent i.v.). (5)

CEREBRASTENIE. Sindrom neurasteniform cu etiologie exogenă, manifestat prin astenie marcată, fatigabilitate, cefalee,

Scanned with CamScanner

difuză, iritabilitate crescută, labilitate emoțională, dispraxie, scăderea capacității de concentrare și a randamentului în muncă, cu o tendință marcată la supradimensionarea acuzelor. C. se întîlnește frecvent după tr. cr. cr. și după psihoze toxiinfecțioase. Somatic, se pot întîlni simptome neurologice fruste, discrete tulburări vestibulare sau modificări de fund de ochi (care nu pot însă explica intensitatea și persistența tabloului clinic). Unii autori denumesc C. „sindrom subiectiv comun" (Pierre Marie). Evoluția este favorabilă și prognosticul benign. Sînt însă și forme prelungite, rezistente la tratament, în special cînd boala evoluează pe fondul unei personalități psihopate. *Diagnosticul diferențial* cu nevrozele se face ușor, deoarece nevrozele autentice sînt în esență psihogenii, în timp ce în C. există întotdeauna momentul exogen (traumatism, infecție). *Tratamentul* constă, în primul rînd, din tonice generale, psihoenergizante și sedative, acolo unde este cazul, combinate întotdeauna cu metode psihoterapeutice individuale sau de grup, pînă la dispariția simptomelor. (2)

CEREBROLIZIN. v. CRELIZIN

CEREBROTONIE. Clasificarea tipologică a lui Sheldon (bazată pe un criteriu embriologic) stabilește anumite corelații somato-psihologice. C. este trăsătura psihologică ce caracterizează tipul somatic ectomorf și se traduce printr-o anumită rezervă, timiditate, sociofobie, căutarea singurătății, mimică și ideație mobile, reacții și răspunsuri prompte. (3)

CHARCOT, SIMPTOMUL LUI. Cefalee constrictivă în formă de cască, observată mai ales în neurastenie, isterie. (7)

CHEILOFAGIE. Tic, proastă obișnuința de a-și mușca buza, la emoții, trăiri tensionale. Se observă mai ales la neurotici, anxioși, introverți, timizi. (7)

CHEIMOFOBIE. v. FOBIE

CHEIROFOBIE. v. FOBIE

CHENOFOBIE. v. FOBIE

CHEROFOBIE. v. FOBIE

CHEROMANIE. Stare de exagerată și nemotivată bună dispoziție. (7)

CHIMIOREZISTENȚĂ. Stare particulară a organismului de a nu mai răspunde adecvat la administrarea unor medicamente, răspuns care ar fi trebuit să aibă loc conform efectelor cunoscute ale substanțelor respective (ex. scăderea febrei, producerea somnului etc). C. este de obicei produsă fie de o prealabilă incorectă administrare a medicamentului (doză, timp etc), fie de o indicație necorespunzătoare, indicație care poate duce ul-

Scanned with CamScanner

terior la o creştere a rezistenţei microbilor sau în unele cazuri la obişnuirea organismului cu medicamentul respectiv. (4)

CHIMIOTERAPIE. Tratamentul bolilor prin substanţe chimice (medicamente). C. îşi are originea în timpuri imemorabile; izvoreşte din necesitatea firească a omului de a-şi tămădui suferinţele. C. a fost în mare măsură empirică, pînă în secolul al XIX-lea, cînd cunoaşte un spectacular progres. Este vorba de ex. de antiluetice (salvarsan, bismut), antimalarice (atebrina) apoi, în 1935, de introducerea sulfamidelor (Prontosil) a barbituricelor şi mai recent (1950) a psihotropelor, care au deschis o eră nouă în chimioterapia bolilor psihice, similară cu citostaticele în oncologie. (4)

CHINOFOBIE, v. FOBIE

CHIPRIDOFOBIE. v. FOBIE

CICLOFRENIE. Termen rar utilizat astăzi. Obregia includea sub C. o serie de tulburări psihice de tip afectiv, schizofreniform, confuzional şi dipsomanic. Caracteristica lor ar fi apariţia periodică şi reversibilitatea simptomelor. (3)

CICLOID. Unii psihiatri (E. Kahn, K. Schneider, Gurevici) pornind de la tipologia lui Kretschmer (bazată pe corelaţii psihosomatice) delimitează, ca formă specială de psihopatie, psihopatia cicloidă. Aceasta trebuie diferenţiată de psihoza maniaco-depresivă şi ciclotimie (v. CICLOTIMIE), care evoluează în accese. În această psihopatie, accesele lipsesc, tulburările de afectivitate fiind trăsături permanente ale personalităţii (de aceea termenul de timopatie pentru această categorie de psihopaţi pare mai adecvat). (3)

CICLOTIMIE. Kahlbaum propune termenul de C. pentru o formă uşoară de psihoză maniaco-depresivă. Kraepelin denumea C. însăşi psihoza maniaco-depresivă. C. s-ar caracteriza prin alternanţa stărilor de excitaţie, de euforie (însoţite de creşterea energiei şi a productivităţii bolnavului), cu stările de tip depresiv, cu alterarea dispoziţiei în sens hipertimic negativ, cu scăderea randamentului în muncă şi a interesului în general. Apar şi aici, ca şi în episoadele psihotice maniaco-depresive, diferite tulburări somatice, dar de mai mică intensitate. Faza de excitaţie se caracterizează prin euforie, mulţumire de sine, curaj, entuziasm, iniţiativă, impuls spre activitate, uneori hipersexualitate şi abuz de băuturi alcoolice. Conştiinţa bolii fiind absentă, internarea bolnavilor în această fază poate fi determinată numai de tulburările de comportament (conflicte sub influenţa consumului de alcool, atitudini imorale etc.) În faza depresivă se observă tristeţe, reducerea activităţii (care devine

Scanned with CamScanner

neproductivă), lipsa de interes față de obligațiile profesionale. Internarea bolnavilor în această perioadă este determinată de ideile fixe sau chiar tentativele de sinucidere, care atestă tulburările afective profunde. Între fazele de dispoziție ridicată sau scăzută se intercalează perioade de acalmie (în care nu se decelează nici un fenomen patologic.) Această particularitate evolutivă deosebește C. (ca formă ușoară a psihozei maniaco-depresive) de o formă de psihopatie — timopatia în care fondul patologic, sub raport emoțional, reprezintă o trăsătură permanentă a psihicului psihopatului. Termenul de ciclotim mai are și o altă accepțiune, fiind legat de noțiunea de „constituție", de biotip. În tipologia sa morfo-psihică, Kretschmer descrie, corespunzînd celor 3 psihoze principale endogene (schizofrenie, psihoza maniaco-depresivă și epilepsie), 3 tipuri caracteristice (schizotim, ciclotim și epileptic), care pot deveni tipuri psihopatice (schizoid, cicloid, epileptoid). Constituția C. ar reuni deci, în concepția sa, din punct de vedere morfologic — tipul picnic cu caracterul sinton, din punct de vedere psihic. În concepția lui Kretschmer picnicul ciclotim ar fi corelat semnificativ cu psihoza maniaco-depresivă, el avînd o predispoziție pentru această boală. (3)

CICLU (EEG). Serie completă de modificări de amplitudine prezentată de o undă. (6)

CINEMATOGRAFICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

CISMESTITISM. Formă particulară de travestitism în care bolnavul alege și poartă o vestimentație total necorespunzătoare cu vîrsta, sexul, profesiunea și situația sa socioprofesională. C. apare în schizofrenie, oligofrenie, demență. (7)

CLASTOMANIE. Manifestare impulsivă caracterizată prin tendința de a distruge obiecte, bunuri etc. C. apare mai ales în neurozele infantile și în tulburările de comportament din perioada preșcolară și școlară mică. (7)

CLAUSTROFILIE. v. CLAUSTROMANIE

CLAUSTROFOBIE. v. FOBIE

CLAUSTROMANIE, sin. CLAUSTROFILIE. Tulburare de comportament caracterizată prin refuzul de a părăsi încăperea, domiciliul. C. apare în neuroza obsesivo-fobică, în isterie, psihastenie, schizofrenie. (7)

CLAUZOMANIE. Cerință imperioasă, uneori chiar obsesivă de a murmura cuvinte, silabe. C. apare în psihastenie, depresie, neuroză anxioasă, schizofrenie, ASC etc. (7)

CLEPTOFOBIE. c. FOBIE

CLEPTOLAGNIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

Scanned with CamScanner

CLEPTOMANIE. Impulsul de a-şi însuşi un obiect străin. C. apare de obicei paroxistic; persoana nu rezistă să nu ia obiectul respectiv, deşi ulterior îşi face remuşcări, cerînd scuze, plătind despăgubiri sau chiar ducînd obiectul înapoi. De obicei se iau obiecte fără valoare sau utilitate practică. C. apare în psihopatie, isterie, oligofrenie, senilitate. (7)

CLIMACOFOBIE. v. FOBIE

CLIMACTERIUM. Prin C. se înţelege încetarea fiziologică a activităţii glandelor sexuale, încetare care are loc într-un context de involuţie generală a organismului. (Parhon, Milcu). În funcţie de sexul la care apare, se deosebesc: 1. C. feminin, denumit menopauză; se instalează în jurul vîrstei de 45 ani şi este marcată de oprirea totală şi definitivă a ciclului menstrual. Se descriu: a) o fază incipientă, sau preclimax, corespunzătoare începerii procesului de fibrozare a ovarelor. Prin prezenţa foliculilor chistici se ajunge la o creştere a secreţiei foliculinice în detrimentul celei progesteronice; hiperfoliculinemia şi dezechilibrul foliculino-progesteronic produc o serie de tulburări: dereglarea ciclurilor, hiper sau oligomenoree chiar metroragii, modificări neuro-vegetative cum sînt vertijul, cefaleea, palpitaţiile, tahicardia, tensiune mamară. Pe plan psihic, în această fază, apare o stare de neliniştе psihomotorie, cu iritabilitate crescută, tulburări de somn, fatigabilitate şi instabilitate psihoemoţională şi oscilaţii importante ale dispoziţiei. Datorită hiperfoliculinemiei poate apare o exacerbare a instinctului sexual, cu preocupări crescute în acest sens. Faza de preclimax poate dura luni sau chiar ani. b) Faza de instalare sau de climax nestabilizat; în această fază procesul de fibrozare a ovarelor este terminat şi ciclurile sînt întrerupte. Există însă o stimulare hipofizară crescută (hormoni gonadotropi), prin scăderea secreţiei ovariene şi dispariţia rolului frenator al acesteia asupra hipofiziei. Aceasta determină o exagerare a fenomenelor neuro-vegetative, apariţia valurilor de căldură, vertij, tremurături, transpiraţii, palpitaţii, cu o accentuare corespunzătoare şi a fenomenelor psihice descrise anterior. După cîtva timp (luni sau ani) fenomenele neuro-vegetative se atenuează şi dispar, în schimb modificările psihice nu revin atît de prompt la normal, ele persistînd sau chiar agravîndu-se în cazul cînd apare şi un context psihogen de acompaniament. c) Faza tardivă sau de climax stabilizat. Pe plan hormonal echilibrul între ovare şi hipofiză se restabileşte, fenomenele vegetative dispar, iar femeia îşi găseşte un nou echilibru psihico-somatic. Instalarea menopauzei şi tulburările psihice pe care aceasta le antrenează

Scanned with CamScanner

sînt influențate în mare măsură de factori psiho-sociali, precum și de atitudinea femeii față de procesul de îmbătrînire. Maranon (1956) afirma că femeia modernă, prin gradul său înalt de integrare socială, trăiește mai puțin penibil instalarea menopauzei decît predecesoarele sale. 2. C. masculin, numit și C. viril sau andropauză, se instalează progresiv și mai puțin zgomotos, de obicei la o vîrstă mai înaintată (65 ani). Există opinii după care activitatea glandelor sexuale nu încetează la bărbat pînă la adînci bătrînețe. (v. și ANDROPAUZA, MENOPAUZA). (2)

CLINOMANIE. Tendință patologică de a rămîne în pat. Survine în hospitalism, isterie, schizofrenie. (7)

CLITROFOBIE. v. FOBIE

CLOMETIAZOL (Clormetiazol, Distraneurin(R), Hemineurin(R)) este un derivat tiazolic al vitaminei B_1 (tiamina) utilizat sub formă de etandisulfonat. Are importante proprietăți sedative, hipnotice și anticonvulsivante. Experimental, C. antagonizează convulsiile produse de EȘ. și pentetrazol, dar este ineficace față de cele provocate de stricnină și insulină la animale (Knoll, 1976). În clinică este eficace în tratamentul unor forme de epilepsie (petit mal, status epileptic). Datorită efectului sedativ și anxiolitic poate fi utilizat în agitația anxioasă, mania acută și în agitația din cadrul delirium-ului tremens (Predescu și colab. 1976). Se administrează per os în doză de 3—5 g. pe zi sau parenteral sub formă de injecție lentă (50—100 ml sol. 0,8%) sau perfuzie lentă (sol.. 2%) i.v. Administrarea se va face cu prudență, deoarece C. poate produce tromboflebită și hemoliză. (5)

CLOMIPRAMINA (Anafranil(R)) este un antidepresiv triciclic cu acțiuni terapeutice inferioare față de desipramină, C. fiind un stimulator psihic mai puțin intens. Acțiunea antidepresivă începe rapid, după o scurtă perioadă de latență de cîteva zile (3—7 zile) și se manifestă prin schimbarea distimiei; posedă și efecte anxiolitice. C. are indicație largă în toate formele de depresii. Fenomenele secundare și contraindicațiile ei sînt comune cu a celorlalte antidepresive triciclice (v. ANTIDEPRESIVE TRICICLICE). Nu se asociază cu IMAO și este interzis consumul alcoolului în timpul tratamentului. După reducerea inhibiției psihomotorii din depresia endogenă, C. poate determina tentativă de suicid (Ciurezu și colab., 1972). Preparatul Anafranil(R) (comprimate de 10 și 25 mg și fiole care conțin 25 mg) se administrează per os în doză de 30—100 mg pe zi, iar în cazurile grave i.m. 25—150 mg pe zi. În toate

Scanned with CamScanner

cazurile augmentarea dozei se face progresiv, după toleranța individuală a bolnavului. (5)

CLOPENTIXOL (Ciatyl(R), Sordinol(R)). Este un derivat de tioxantenă care conține o catenă laterală piperazinică identică cu aceea din structura perfenazinei (v. FENOTIAZINE). Acțiunea neuroleptică a C. se aseamănă cu a perfenazinei. Efectul liniștitor se instalează rapid și este superior față de cel al clorpromazinei (cca. de 5 ori); C. reduce anxietatea și agresivitatea. Acțiunea antipsihotică a acestui medicament este inferioară față de aceea determinată de haloperidol (Ciurezu și colab., 1973). C. este un medicament hipnogen. În afara acestor acțiuni, posedă proprietăți antiemetizante și spasmolitice foarte eficace. C. este indicat în schizofrenie, manie, tulburări de comportament, neuroze. În schizofrenie este eficace în forma paranoidă, catatonică sau hebefrenică cu simptome psihotice productive. Se mai poate utiliza în psihozele simptomatice însoțite de stări de agitație (Predescu și colab., 1968). Reduce de asemenea stările de neliniște și agresivitate ale oligofrenilor. Poate da rezultate favorabile în depresiile reactive. În nevroze este eficace în formele anxioase și obsesiv-compulsive. Efectele secundare ale C. sînt similare cu ale clorpromazinei. Determină frecvent apariția sindromului extrapiramidal, mai ales după doze mari sau în caz de creștere rapidă a dozelor. După administrarea parenterală C. poate produce hipotensiune ortostatică. Starea de astenie exprimată și somnolența diurnă sînt frecvente. Prezintă contraindicații similare cu ale clorpromazinei. Nu se administrează la bolnavii care trebuie să fie menținuți în stare de veghe în cursul zilei. Se utilizează cu prudență în cazul existenței unei boli cardiovasculare grave. Preparatul Sordinol(R) se prezintă sub formă de comprimate care conțin 5; 10 sau 25 mg clorpentixol, fiole în care se află 10 sau 25 mg pe 1 ml, mixtură pentru uz intern (sol. 0,2%) sau soluție pentru aceeași cale de administrare (sol. 2,5%, 20 pic = 25 mg). Dozele inițiale vor fi mai reduse, 5—10 mg administrate per os, de 3 ori pe zi, apoi se măresc treptat. În psihoze, în general, doza medie este cuprinsă între 25—150 mg pe zi per os. În cazurile de agitație psihomotorie intensă se administrează la început 10—25 mg pe cale i.m. Această doză poate fi mărită pînă la 100 mg pe zi. După cîteva zile, injecțiile pot fi înlocuite cu forme de administrare per os. Dozele de întreținere se stabilesc prin tatonare individuală, ele fiind cuprinse între 25—50 mg pe zi. În neuroze se administrează per os 5 mg, de 2—3 ori pe zi. (5)

Scanned with CamScanner

CLORALHIDRAT (hidrat de cloral). Este un hipnotic nebarbituric. Administrat per os sau pe cale rectală, după o latență de 15—20 de minute, produce un somn de 6—7 ore. Metabolitul său activ (care determină efectul hipnotic) este tricloretanolul. În doze mari C. produce vasodilatație cu hipotensiune, are efect inotrop negativ, semănînd, sub acest aspect, cu cloroformul; ca și acesta, favorizează apariția aritmiilor cardiace. C. irită puternic tegumentele și suprafețele mucoase; nu are acțiune analgezică și nu produce în doze obișnuite deprimarea respirației. Reacții adverse: cele mai comune și mai supărătoare sînt reprezentate de tulburări gastroduodenale (pirozâ, dureri epigastrice). Uneori poate determina fenomene paradoxale (excitație în loc de sedare); pot apare și reacții cutanate. Preparatul este contraindicat la cardiovasculari, în pneumopatii, epilepsie precum și în leziuni hepatice sau renale grave. *Posologie:* per os se administrează 0,5—1 g în poțiune, cu o jumătate de oră înainte de culcare; doza maximă este de 1,5 g. Există preparate enterosolubile care prezintă avantajul unei toleranțe digestive superioare. Se poate administra și prin clismă. (1)

CLORALISM. Intoxicația cu clorhidrat se poate prezenta sub formă acută, manifestată prin bradipnee, mioză, hipotensiune arterială, vărsături, stupoare și colaps cardiovascular. Folosirea cloralhidratului abuziv și îndelungat, de obicei sub forma automedicației, produce obișnuință și duce la farmacodependență. Intoxicația cronică se manifestă prin tulburări gastrointestinale, erupții cutanate, crize convulsive, care pot alterna cu episoade onirice, obtuzie și bradipsihism. Pe fondul intoxicației cronice pot uneori apărea stări episodice confuzive, cu halucinații vizuale geometrice și halucinații tactile particulare. Aceste episoade au multe asemănări cu delirium-ul tremens din alcoolism. Tulburările neurovegetative, anxietatea, iritabilitatea și insomnia completează în general tabloul simptomatologic al C. cronic. Tratamentul C. este similar cu al celorlalte medicamente care produc farmocodependență (v. FARMACODEPENDENȚA). (7)

CLORAZEPAT (Clorazepat bipotasic, Tranxène(R)). Este un tranchilizant derivat de benzodiazepină, cu o puternică acțiune anxiolitică, care devine evidentă după aproximativ o săptămînă de tratament; induce un somn fiziologic. Posedă un efect antiepileptic modest. Este indicat în nevroze anxioase, în afecțiuni somatice, acompaniate de anxietate, tulburări de somn, delirium tremens precum și în cura de dezalcoolizare. În epilepsie (petit

Scanned with CamScanner

mal) are eficacitate redusă. C. este în general un psihotrop bine tolerat; poate însă produce somnolență diurnă. Prezintă contraindicațiile celorlalți derivați benzodiazepinici. Se administrează per os 10—40 mg pe zi. În cazurile de anxietate puternică sau în delirium tremens se poate injecta i.v. (10—40 mg pe zi). C. poate fi folosit ca adjuvant în terapia cu neuroleptice sau antidepresive a psihozelor. (5)

CLORIMPIFENINA (Ponsital(R)). Este un neuroleptic derivat piperazinic de fenotiazină, cu efect mai intens decît al clorpromazinei. Acțiunea sa antipsihotică se instalează rapid. Are o serie de proprietăți anxiolitice și antihistaminice remarcabile. C. este indicată în cazurile de agitație psihomotorie din schizofrenie, manie etc. *Efectele secundare și contraindicațiile* sînt comune cu ale clorpromazinei; fiind o fenotiazină piperazinică C. determină fenomene extrapiramidale puternice. Preparatul Ponsital(R) poate fi administrat la început i.m. apoi per os, dozele variind între 1—15 mg pe zi. (5)

CLORDELAZIN, v. CLORPROMAZINA

CLORDIAZEPOXID (Napoton(+), Ansiolin(R), Elenium(R), Librium(R), Rilax(R), Radepur(R)) este un tranchilizant derivat de benzodiazepină introdus în terapeutică de Harris, în 1960. C. se absoarbe lent din tubul digestiv; datorită eliminării încete din organism, C. poate produce cumulare. Efectul său tranchilizant este de lungă durată (6—10 ore). Este un anxiolitic superior, față de meprobamat. Deși nu are acțiune hipnotică propriu-zisă, favorizează instalarea somnului (efect facilitator). C. scade reflectivitatea medulară, relaxează musculatura scheletică și are efecte anticonvulsivante. Experimental și în unele condiții clinice (sindrom dislipidemic, neuroze) poate diminua unele componente lipidice din ser (Cuparencu și colab., 1972, Sîrbu și colab., 1974, 1975). Acțiunea sa tranchilizantă se explică prin inhibiția determinată la nivelul sistemului limbic și a hipocampului. C. nu are acțiune antipsihotică. *Indicațiile terapeutice* sînt reprezentate de neuroze, precum și de alte stări reactive, în care tabloul clinic este dominat de tensiune psihică, iritabilitate, anxietate, tulburări emoționale și de comportament. Se mai aplică în isterie, stări depresive, debut ASC. C. se poate administra ca tranchilizant în sindromul de abstinență la alcoolici și morfinomani sau ca miorelaxant în stări spastice (torticolis, lumbago, sindrom radicular, contractură reumatică) sau în unele stări spastice de origine centrală la copii (tetraplegie, paraplegie spastică, boala lui Little), mișcări involuntare patologice (coreea Huntington). C. este un bun adjuvant în epilep-

Scanned with CamScanner

sie. Ca tranchilizant se indică în diverse domenii medicale, de ex. pre- şi postoperator, în tratamentul unor tulburări gastrointestinale şi cardiovasculare însoţite de tulburări afective, precum şi în tratamentul unor forme de HTA sau ulcer gastroduodenal. *Efectele secundare* pe care le poate determina C. constau în astenie, somnolenţă, apatie, vertij, disprosexie, dismnezie, diminuarea performanţelor intelectuale şi chiar confuzie mintală. Uneori poate genera o stare de depresie cu tendinţă la suicid. Mai rar C. poate produce hiperexcitabilitate, agitaţie, ostilitate, comportament de tip maniacal (Ban Th., 1969). S-au descris şi cazuri cu tulburări de tip ataxic. C. mai poate produce şi alte efecte secundare cum ar fi: hipotensiunea arterială, uscarea mucoasei bucale, greaţă, constipaţie, creşterea apetitului, îngrăşare, diminuarea libidoului, tulburări menstruale, tulburări hepatice, eozinofilie, erupţii alergice. În cazul utilizării repetate sau abuzive. C. determină toleranţă şi o toxicomanie medicamentoasă cu declanşarea sindromului de abstinenţă la întreruperea bruscă a administrării sale. C. este contraindicat în sarcină, de asemenea în stările comatoase şi în intoxicaţiile produse de substanţe deprimante ale SNC (narcotice, hipnotice, alcool), colaps, stări de şoc, glaucom, insuficienţă hepatică şi renală, miastenie gravă, alergie specifică. Se administrează cu prudenţă la debili, bătrîni şi la femeile care alăptează. Nu se administrează în tratament ambulator la persoanele care, în cadrul exercitării profesiei lor, reclamă o perfectă coordonare psihomotorie (şoferi, aviatori, dispeceri etc.). C. nu se asociază de obicei cu fenotiazine sau antidepresive triciclice, fiindcă potenţează efectele sedative şi cele de tip atropinic, totuşi unii autori admit asocierea C. cu neuroleptice în psihoze (Predescu şi colab., 1976). C. potenţează de asemenea efectul barbituricelor şi acţiunile alcoolului; din acest motiv este interzis consumul băuturilor alcoolice în timpul tratamentului cu C. Nu se asociază cu IMAO. Întrucît C. împiedică acţiunea ACTH de a determina eozinopenie, este contraindicată administrarea sa la cazurile care urmează să fie supuse probei Thorn. C. poate fi asociat cu primidonă, antihistaminice, antispasmodice colinolitice de tipul clidiniului (Librax(R), Quarzan(R)) sau cu hormoni estrogeni (Menrium(R)). *Preparate. Posologie.* Napotonul(+) conţine pe drajeu 5 sau 10 mg clordiazepoxid. Preparatul Librium(R) este livrat sub formă de drajeuri de 5, 10 sau 25 mg, precum şi sub formă de fiole care conţin 100 mg substanţă activă. Conţinutul fiolelor se dizolvă cu un solvent special ataşat ambalajului (separat pentru injecţia i.m. sau i.v.). Elenium(R)

Scanned with CamScanner

este un preparat similar. C. se administrează per os în doze cuprinse între 5—40 mg pe zi. La persoanele în vîrstă și la debili, dozele vor fi mai reduse (5—10 mg pe zi). Doza maximă este de 100 mg pe zi. (F.R. IX). Tratamentul cu C. este recomandabil să se facă cu o doză redusă pe timp scurt (Ciurezu și colab., 1973) pentru evitarea instalării toleranței. În cazurile grave sau preoperator se injectează 25—100 mg. i.m. sau i.v. (atenție la solvent). Cazurile de urgență din domeniul psihiatriei în care C. poate fi administrat parenteral sînt reprezentate de stările de anxietate intensă, eventual în sindromul de abstinență la toxicomani. Această formă de administrare se practică de asemenea ori de cîte ori nu este posibilă administrarea medicamentului per os. (5)

CLORPERFENAZINA. v. PERFENAZINA

CLORPROMAZINA (Clordelazin(+), Aminazin(R), Fenactil(R), Largactil(R), Megaphen(R), Plégomasine(R), Thorazine(R) etc.) este primul derivat aminoalchilic de fenotiazină, cu acțiune neuroleptică, introdus în terapeutică (Laborit, 1952; Delay și Deniker, 1952), Se absoarbe bine pe cale digestivă și de la locul injectării. Acțiunea sa durează pînă la 6 ore. Sub acțiunea C. diminuă intensitatea stărilor de agitație, se reduce agresivitatea și apare liniștirea bolnavilor psihotici. De asemenea are acțiune halucinolitică și antagonizează „psihozele model" provocate de substanțele psihozomimetice de tipul LSD-25. C. potențează acțiunea narcoticelor, hipnoticelor, analgezicelor și curarizantelor. Are efect complex asupra centrilor termoreglatori (prin inhibiția centrului termogenetic se produce hipotermie, dar sînt inhibate și mecanismele de apărare contra căldurii). C. diminuă funcțiile hipotalamusului. Acțiunea antivomitivă a acestui medicament se datorește deprimării trigger-ului vomei din bulb. Față de substanțele cu rol de mediator în SNC, C. are acțiune diferită, astfel antagonizează slab efectele serotoninei, histaminei și acetilcolinei, în schimb este un alfa-adrenolitic central și periferic. Se admite că blocarea receptorilor alfa-adrenergici din sistemul reticular activator ascendent constituie mecanismul principal al acțiunii sale tranchilizante. La aceasta contribuie și blocajul receptorilor depaminergici din SNC. C. este indicată în majoritatea psihozelor acute sau cronice. Alte indicații sînt reprezentate de vărsăturile de origine centrală (uremie, migrene, kinetoze), vărsăturile produse de narcotice, în sughiț, în prenarcoză (pentru prevenirea șocului operator), în hipotermie și în HTA. Efectele secundare constau în somnolență, fenomene extrapiramidale, convulsii (la epileptici). De aseme-

Scanned with CamScanner

nea pot apărea fenomene de tip colinolitic (uscăciunea gurii, tulburări de acomodare ale vederii, constipație, tahicardie), hiperglicemie, hipotensiune ortostatică, colaps, icter colestatic, alergii cutanate creșterea apetitului, ginecomastie (la bărbat), tulburări menstruale și pierderea libidoului (la femei). După tratamente îndelungate poate apărea un depozit de pigment pe cornee și conjunctive, precum și la nivelul pielii expuse razelor solare. Rar se pot produce leucopenie, agranulocitoză, anemie hemolitică. *Contraindicațiile* C. sînt reprezentate de stările comatoase și intoxicațiile acute determinate de narcotice, alcool, opiacee, barbiturice, precum și de cazurile de insuficiență cardiacă, respiratorie, hepatică și renală. Nu se administrează la gravide, în melancoliile apatice, alergie specifică, tulburări ale hematopoezei. Se utilizează cu prudență în ASC, hipotensiune arterială, glaucom, hipertrofie de prostată, la bătrîni. Nu se administrează, sau se asociază cu prudență (din cauza potențării) cu deprimantele SNC, reducîndu-se în acest caz dozele. La epileptici se asociază cu anticonvulsivante. Se interzice consumul de alcool în cursul tratamentului. Efectul antivomitiv poate masca evoluția abdomenului acut sau a tumorilor cerebrale. *Preparate. Posologie.* Clordelazinul(+) conține, pe un drajeu, 25 mg maleat de clorpromazină. Plégomazine(R), soluție 0,5% sub formă de clorhidrat de clorpromazină (25 mg/5 ml). Alte preparate sînt: Fenactil(R) (drajeuri 25; 50; 100 mg), Largactil(R) (fiole), Thorazine(R) (tablete, fiole, sirop, supozitoare) etc. Clorpromazina se administrează per os și parenteral. Doza de atac care se poate administra per os este de 50—150 mg pe zi, fracționat, după care doza poate fi mărită progresiv pînă la 200—500 mg pe zi, administrate fracționat. Doza de întreținere este cuprinsă între 50—150 mg pe zi (Ciurezu și colab., 1973). Parenteral, medicamentul se administrează pe cale i.m., de exemplu la începutul tratamentului, în doze progresive pînă la liniștirea bolnavului, după care urmează administrarea per os. C. nu se administrează i.v. deoarece poate determina tromboflebite, necroze, hipotensiune arterială gravă. Ca antivomitiv se utilizează 25—50 mg. (5)

CLORPROTIXEN (Taractan(R), Truxal(R), N-714). Este un derivat tioxantenic, analog al clorpromazinei cu proprietăți neuroleptice asemănătoare. Se deosebește însă de clorpromazină prin faptul că efectul său antipsihotic este mai intens și posedă în plus acțiuni antidepresive și analgezice. C. are proprietăți antihistaminice și colinolitice. Este de asemenea antiemetizant. Potențează efectul narcoticelor, hipnoticelor și analgezicelor.

Scanned with CamScanner

Efectul său neuroleptic se explică prin deprimarea formației reticulare din trunchiul cerebral. *Efectele secundare* pe care le produce sînt similare cu ale clorpromazinei, dar fenomenele extrapiramidale sînt mai rare. Produce în schimb frecvent somnolență. C. este indicat în bolile psihice acute și cronice în care tabloul clinic este dominat de stări de neliniște, agitație și de agresivitate cum ar fi: schizofrenia, psihozele reactive, psihopatiile, farmacodependența. În psihoza maniaco-depresivă C. poate fi utilizat și în faza depresivă, deoarece are un efect timoleptic. Se mai poate folosi în neuroze anxioase și depresive, precum și ca antiemetizant (în voma de origine centrală), ca antihistaminic și în tratamentul ulcerului gastroduodenal. În bolile psihice, efectul terapeutic apare rapid, este puternic și persistent. Are acțiune favorabilă permițînd aplicarea psihoterapiei, deoarece sub influența sa bolnavul devine liniștit și cooperant. Acest medicament poate fi asociat cu antidepresive triciclice de tipul imipraminei sau nortriptilinei. C. este contraindicat în intoxicații cu hipnotice, opiacee, alcoolism acut, boli cardiovasculare. EȘ. poate agrava efectul hipotensiv al medicamentului, motiv pentru care se va evita asocierea acestuia. Analgezicele, hipnoticele și narcoticele se vor da în doze reduse în timpul tratamentului cu C. Este interzis consumul alcoolului în timpul administrării acestui medicament. *Preparate. Posologie.* Produsul Truxal(R) se prezintă sub formă de comprimate de 5; 15; 50 mg și sub formă de fiole de 20; 50 mg clorprotixen; există și un preparat buvabil de C. care conține 10 mg substanță activă pe ml. În psihoze, doza medie este de 45—200 mg pe zi, per os. La bolnavii internați, doza poate fi crescută treptat pînă la 300—600 mg pe zi, administrate fracționat. În agitațiile psihomotorii inițial se poate administra parenteral (15—30 mg pe zi i.v. sau mai ales 90—150 mg pe zi i.m. (Ciurezu și colab., 1973). În delirium tremens, la începutul tratamentului se pot injecta i.m. 20—50 mg. În caz de depresii se administrează per os 15—30 mg de 3 ori pe zi. La bolnavii neurotici, dozele sînt cuprinse între 5—10 mg, de 3 ori pe zi. În tulburările de somn se pot administra 5—10 mg înainte de culcare (cu o oră). (5)

CLOZAPINA (Leponex(R), HF-1854). Este un derivat piperazinil dibenzo-diazepinic cu proprietăți neuroleptice puternice, deși în experiențele pe animale îi lipsesc unele însușiri caracteristice pentru tranchilizantele majore (nu antagonizează acțiunile apomorfinei și ale amfetaminei, nu produce catalepsie). Deprimă formația reticulară determinînd sedare și putînd induce somnul fiziologic. În clinică, acțiunile sale sînt asemănă-

Scanned with CamScanner

toare cu ale levomepromazinei. Este indicată în formele cronice de schizofrenie. În aceste cazuri este posibilă asocierea cu neuroleptice retard. Este eficace de asemenea în tulburările de comportament. Fenomenele secundare sînt reprezentate de hipotensiune și tahicardie. Nu determină fenomene extrapiramidale, deosebindu-se astfel de neurolepticele din alte clase chimice. Poate produce somnolență și rar agranulocitoză. Este contraindicată în caz de alergie, boli hepatice, tulburări ale hematopoezei, insuficiență cardiovasculară, epilepsie. Se administrează per os, în doză de 20—150 mg pe zi, în schizofrenie, doza putînd fi mărită treptat pînă la 300 mg pe zi. (5)

CLOTHIAPIN. v. DIBENZOTIAZEPINA

COCAINOMANIE, sin. EUFOMANIE. Farmacodependență majoră întîlnită mai ales în America latină, unde se consumă frunzele de coca. Drogul poate fi folosit și sub formă de priză nazală, perlinguală sau sub formă de injecții. Kramer și Cameron (1975) consideră C., un adevărat prototip de farmacodependență, în care există o puternică „dependență" psihică însoțită de dependență fizică și de toleranță; adevăratele fenomene de sevraj sînt absente. a). Intoxicația acută cu cocaină se manifestă printr-o simptomatologie asemănătoare unei manii confuzive, cu agitație psihomotorie, logoree, halucinații vizuale, onirism, midriază etc. Tulburările cardiovasculare sînt întotdeauna prezente. În formele severe de C. acută pot apărea crize de tip epileptic, iar moartea poate surveni prin paralizia centrului respirator. b). Intoxicația cronică cu cocaină se instalează treptat, în aproximativ 1—2 ani de la consum, odată cu apariția unor tulburări constante și specifice. În general se dezvoltă progresiv un delir sistematic expansiv și paranoid, dublat de halucinații polisenzoriale (vizuale, auditive și tactile); tulburările confuzo-onirice sînt de asemenea frecvente. Bolnavul se prezintă cu excoriații cutanate, încercînd mereu să îndepărteze de pe piele presupusele gîngănii și paraziți care-l tulbură. Cantitatea de cocaină zilnic ingerată poate atinge 1—10 gr la zi. În primele ore după ingerare, bolnavul este euforic, logoreic, cu o ideație accelerată și o activitate exagerată; pe măsură ce scade efectul, apare indispoziția, depresia, neliniștea, iritabilitatea, furnicăturile și, odată cu aceste tulburări, căutarea disperată a unei noi cantități de cocaină. În cazul prizei nazale se produce frecvent perforarea septului nazal (semn patognomonic). Orice întrerupere bruscă sau scădere prea rapidă a cantității de cocaină zilnică produce tulburări digestive (crampe, tensiune, diaree, vărsături etc.), palpitații, tremurături fine ale

Scanned with CamScanner

extremităților etc. Spre deosebire de morfinomanie lipsesc atît algiile de tip migrator cît și colapsul. După instalarea farmacodependenței, se observă o progresivă alterare a personalității, bolnavul devenind suspicios, interpretativ, apatic. Pe baza ideilor delirante și a complexului halucinator-oniric, bolnavul poate deveni uneori agresiv și să comită acte antisociale. Noyes și Kolb afirmă că degradarea morală este mai gravă și mai rapidă ca în morfinomanie. Rareori cocainomanul rămîne un monotoxicoman; din cauza tulburărilor produse de consumul cronic de cocaină, între care insomnia și iritabilitatea sînt cele mai supărătoare, bolnavul va recurge pentru corectarea lor la produse sedative, mai ales din grupa opiaceelor (morfină, codeină). *Tratamentul* C. este îndelungat și reclamă o mare atenție din partea medicului, știut fiind că bolnavul va căuta să recurgă la tot felul de trucuri și subterfugii spre a-și procura drogul. Odată cu elaborarea unui program și explorarea atentă se trece la dezintoxicare progresivă (10—20 zile), sub supraveghere strictă. Urmează faza lungă și dificilă de reinserție socio-profesională, printr-o observație și urmărire de cel puțin 1—3 ani. Deocamdată în C., rezultatele terapeutice rămîn mediocre, iar recidivele frecvente. (7)

CODEINA. v. OPIU

COFEDOL(+) (Cafergot(R), Secadol(R)) este un produs tipizat în care se asociază 100 mg cofeină și 1 mg tartrat de ergotamină pe drajeu. Ergotamina (în doza menționată) determină vasoconstricție cerebrală printr-un mecanism direct miotrop, fiind eficace în migrenă, în faza de vasodilatație, însoțită de pulsații ale arterelor cerebrale. Cofeina potențează acțiunea vasoconstrictoare, determinînd în felul acesta scăderea debitului sanguin cerebral și diminuarea presiunii LCR. Acțiunea serotoninei care intervine în patogenia migrenei este antagonizată de ergotamină. În afară de migrenă, C. mai poate fi utilizat în cefaleea determinată de tulburări vasomotorii, cefalee după puncție lombară sau rachianestezie. În cazurile de cefalee însoțite de neliniște, tensiune nervoasă și vărsături, se poate asocia cofedolului belladonna sau barbiturice. C. poate produce efecte secundare datorate componentelor sale: astfel ergotamina, după administrări repetate, poate altera structura endoteliului vascular, producînd dureri în musculatura membrelor, parestezii, dureri precordiale, bradicardie, greață, vărsături, anorexie. Efectele secundare ale C. (v. COFEINA) constau în primul rînd din fenomene de stimulare a SNC, insomnie. C. este contraindicat în tulburări de irigație coronariană, infarct mio-

Scanned with CamScanner

cardic, boli ischemice ale vaselor periferice, HTA, ulcer gastro-duodenal, insuficiență hepatică și renală, septicemie, sarcină, la copii. Este contraindicată asocierea cu substanțe vasoconstrictoare. *Posologie.* La începutul crizei migrenoase sau în faza prodromală se administrează 1—2 drajeuri de C. Tratamentul poate fi repetat după 30—60 minute pînă la dispariția cefaleei (maximum 6 drajeuri pe zi). Drajeurile trebuie înghițite fără a fi zdrobite (drajeuri enterosolubile). Cafergotul(R) similar precedentului. Există supozitoare de Cafergot(R), care conțin 2 mg ergotamină și 100 mg cofeină. Se administrează un supozitor în cursul crizei; tratamentul poate fi repetat peste o oră. (5)

COFEINA (Cafeina) este un alcaloid amar din grupul metilxantinelor (trimetilxantină), fiind un derivat purinic, care se găsește în frunzele de ceai (Thea sinensis), boabele de cafea (Coffea arabica), nuca cola (Cola acuminata), frunzele de Ilex paraguensys (maté), boabele de cacao (Theobroma cacao). C. avînd solubilitate redusă în apă, în terapeutică se utilizează mai ales sub formă de săruri solubile (cofeina natriu-benzoică, citrică sau salicilică). În afara utilizării terapeutice C. este întrebuințată și sub forma unor băuturi stimulente (cafeaua, ceaiul, Pepsi-cola, coca-cola, maté, extrase solubile de cafea etc.). C. se absoarbe rapid din tubul digestiv sau de la locul injecției. Principala sa acțiune farmacodinamică este de stimulare a SNC, exercitată asupra întregului sistem, dar este mai intensă la nivelul cortexului. Astfel sînt stimulate funcțiile senzoriale și senzitive; sub acțiunea C. percepțiile se formează mai rapid, iar asociațiile de idei sînt mult facilitate. Este stimulat fluxul și acuitatea ideativă (Predescu și colab., 1968). Sub acțiunea C. scade senzația de oboseală intelectuală și fizică, diminuă somnolența și întîrzie instalarea somnului. C. ameliorează activitatea reflex condiționată. Efectul stimulator se poate constata după 150—200 mg. Această acțiune poate dura 6—8 ore, fiind mult mai redusă în intensitate decît în cazul amfetaminei. După trecerea efectului stimulent nu apare o stare de epuizare a sistemului nervos, deosebindu-se astfel de amfetamină. C. poate exercita acțiuni diferite, în funcție de structura individului; la unele persoane determină o stare de somnolență. În doze mari, C. stimulează psihomotricitatea; în aceste condiții C. alterează activitatea reflex condiționată și performanțele psihomotrice specifice ale persoanei. Dozele excesive determină fenomene intense de excitație corticală, cu anxietate, neliniște psihomotorie și agitație fără rost. C. antagonizează parțial acțiunea unor substanțe deprimante ale SNC

Scanned with CamScanner

cum sînt hipnoticele şi alcoolul. Ea potenţează acţiunea medicamentelor analgezice. Efectul său excitant se exercită şi asupra centrilor bulbari (respirator, vasomotor şi vagal). Această acţiune este redusă în administrarea per os dar devine evidentă prin administrarea parenterală, fiind mai accentuată dacă centrii bulbari sînt în prealabil deprimaţi (efect analeptic). Stimularea centrilor bulbari este mai redusă decît în cazul pentametilentetrazolului (pentetrazol). Dozele mari, excesive, pot stimula măduva spinării, determinînd convulsii. În doza terapeutică, C. are acţiune moderată asupra presiunii arteriale, pe care o poate ridica uşor şi trecător. Efectul hipertensiv este mai evident în cazul în care centrii vasomotori sînt deprimaţi. În dozele mici şi moderate (100 mg) poate produce bradicardie (mecanism vagal), iar în dozele mai mari (200 mg) tahicardie (prin stimularea miocardului). În doze terapeutice C. nu modifică debitul coronarian, în schimb creşte consumul de oxigen al miocardului. În plus exercită o influenţă constrictoare asupra vaselor cerebrale, scăzînd astfel debitul sanguin cerebral şi diminuînd presiunea LCR. Prin acest efect, ea poate determina o acţiune favorabilă în cefalee. Stimulează musculatura striată, mărind capacitatea de muncă fizică. Poate intensifica metabolismul bazal şi ridica temperatura corpului. Sub acţiunea C. este mărită secreţia de ac. clorhidric şi pepsină. Stimularea secreţiei gastrice este mai intensă decît după alcool. C. are acţiune diuretică inconstantă. Facilitează procesul de ateroageneză (Panaitescu şi colab., 1972) şi acţiunea presoare a CA. (Velluda şi colab., 1968). C. este indicată în: a). intoxicaţiile cu narcotice, mai ales cu alcool (eficacitate discutabilă după unii autori); b). în neurozele cu predominanţa fenomenelor de astenie, epuizare şi scădere a randamentului. De obicei se prescrie în combinaţie cu barbiturice, bromuri sau anxiolitice; c). în cefalee, migrenă se asociază cu analgezice sau cu ergotamină (Cofedol(+)); d). ca analeptic, are eficacitate redusă. *Efectele secundare* sînt determinate mai ales de dozele ridicate de C. (0,5—1 g) şi constau în nelinişte, vertij, insomnie, agitaţie psihomotorie, logoree, fugă de idei, delir, hipertonia musculaturii striate, hiperreflectivitate, tremurături ale extremităţilor, convulsii, tahicardie, extrasistole, colaps, iritaţie gastrică, piroza, greaţă, vărsături, diaree, stimularea diurezei. La persoanele sensibile (hipertiroidieni, cardiaci) pot apărea efecte nedorite, chiar după doze reduse. Abuzul cronic (consumarea unor cantităţi mari de cafea) produce tahicardie, extrasistole, irascibilitate, scăderea capacităţii de concentrare, insomnie, tremurături,

Scanned with CamScanner

iritație gastrică, ulcer gastric sau agravarea celui existent. C. produce toleranță, mai ales la efectele cardiovasculare și obișnuință. Toleranța nu interesează acțiunile psihostimulente. Toxicitatea C. este redusă, probabil datorită asemănării de structură cu purinele. Doza letală la om este cuprinsă între 5—10 g (o ceașcă de cafea conțin 50—100 mg de cofeină). În intoxicația acută, efectele cofeinei se antagonizează cu barbiturice. Contraindicațiile C. sînt reprezentate de stările de iritabilitate și hiperexcitabilitate, insomnii, stări anxioase, ulcer gastroduodenal, tahicardie, miocardită, insuficiență coronariană, insuficiență cardiacă, tireotoxicoză. La gravide, consumul de cafea trebuie să fie redus. *Preparate. Posologie.* Cofeina bază se poate prescrie per os în recepte magistrale, în doze de 0,05—0,1 g, de 3—5 ori pe zi. Sărurile solubile de cofeină sînt: Cofeina natriu benzoică (conține 50% cofeină bază), se poate administra per os și s.c. (fiolele conțin 250 mg substanță activă/ml, se pot administra 100—500 mg o dată și 1 g pe zi s.c.). Cofeina citrică se administrează per os (0,1—0,3 g o dată, 0,3—1,2 g pe zi). (5)

COGENTIN. v. BENZATROPINA

COLECȚIONARISM. Căutarea și păstrarea de obiecte (de obicei inutile), sub influența unei necesități patologice (Bardenat); Se observă în stări de involuție și psihoze cronice: avariția, la rîndul ei poate duce la un veritabil C.; dintre impulsiuni, în cleptomania adevărată se constată o nevoie obsedantă de a poseda obiecte, pe care bolnavul încearcă să le obțină sfidînd orice risc. În fetișism (care se combină deseori cu cleptomania), bolnavul colecționează obiecte care-i produc satisfacție erotică (v. PERVERSIUNE SEXUALĂ). În afară de C., obișnuit este cunoscut și policolecționarismul, care survine mai ales la maniacali. El ar fi un semn de cronicizare a bolii. În stările de deficit intelectual — demență sau oligofrenie — se constată tendința de a aduna obiecte sau fragmente de obiecte dintre cele mai diferite și inutile, fără nici o alegere. Bolnavii au obiceiul de a-și umple buzunarele cu tot felul de lucruri (mucuri de țigări, coji de pîine, fiole de medicamente, colțuri de ziare etc.). (7, 3)

COLECTIV, DELIR. v. DELIR

COLECTIVE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

COMA. Sindrom clinic manifestat printr-o tulburare profundă a conștiinței, de unde rezultă modificarea funcțiilor de relație, acompaniată de o relativă conservare a funcțiilor vegetative, în esență respiratorie și cardiovasculară. Comele au o etiologie complexă, iar criteriile de clasificare sînt diferite.

Scanned with CamScanner

Menționăm 2 clasificări mai importante: fundamentată etiopatogenetic (Voiculescu V., Stoica E.); și după criterii de profunzime a comei (Mollaret și Goulon). 1). Etiopatogenetic: — coma prin leziuni primitive ale creierului, care interesează cu precădere funcțiile activatoare ale mezencefalului (boli vasculare cerebrale, tumori, infecții și intoxicații); — come prin perturbări ale metabolismului energetic cerebral, prin aport insuficient de glucoză sau oxigen (hipoxie, hipoglicemie etc.); — come prin tulburări ale activității enzimatice (intoxicații, tulburări hidroelectrolitice etc.) 2). Criterii de profunzime: — coma vigilă, tulburarea funcției de relație este incompletă; — coma tipică, abolirea completă a funcțiilor de relație; — coma carus, abolirea completă a funcțiilor de relație și perturbări tranzitorii vegetative; — coma depășită, organismul este menținut în viață exclusiv datorită mijloacelor artificiale moderne, reprezentînd un stadiu ireversibil. (6)

COMBINATE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚII

COMETOFOBIE. v. FOBIE

COMIȚIAL (aparținînd epilepsiei). Datorită faptului că noțiunea de epilepsie este un termen cu largă răspîndire, nu există nici un avantaj în utilizarea unui al doilea termen pentru aceeași afecțiune. (6)

COMOȚIE CEREBRALĂ. v. TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL

COMPENSARE, DELIR DE. v. DELIR

COMPLEX. În sensul dat de psihanaliști, C. semnifică un ansamblu organizat de reprezentări și amintiri cu o puternică rezonanță afectivă. Întregul grup de fenomene rămîne parțial sau total inconștient. C. ia naștere în fragedă copilărie datorită legăturilor interpersonale; ulterior poate fi angrenat în toate procesele psihice și în toate formele de manifestare ale acestora cum ar fi: emoții, atitudini, conduite (J. Laplanche, J. B. Portalis). Cele mai cunoscute C: *C. de castrare*, descris de Freud. În stadiul de organizare genitală infantilă există numai mascul, astfel că se atribuie penis tuturor indivizilor indiferent de sex. Strîns legată de teama castrării este preocuparea narcisică prin care crește, ca dimensiune și intensitate, importanța propriei persoane. *C. Electra*, folosit de Jung ca sinonim al C. Oedip la femei, dar pe care Freud îl respinge susținînd că în fața părinților, băiatul și fata nu au poziții simetric egale. *C. de inferioritate*, termen folosit de Adler spre a cuprinde totalitatea manifestărilor și trăirilor pe care le are o persoană cu conștiința propriei sale inferiorități. După unii autori, C. de infe-

Scanned with CamScanner

rioritate ar fi mai degrabă un sentiment ce apare datorită decalajului şi tensiunii dintre Eu şi Supraeu; *C. Oedip*, forma cea mai cunoscută şi răspîndită de C., este un grupaj contradictoriu de dragoste şi ură, pe care-l trăieşte copilul faţă de părinţii săi. El se poate prezenta fie sub o formă pozitivă, similar cu tema tragediei antice, — dorinţa de a elimina (omorî) părintele de acelaşi sex, pe care-l consideră rival, şi dragostea faţă de părintele de sex opus — fie sub o formă negativă: iubire pentru părintele de acelaşi sex, concomitent cu ura pentru părintele de sex opus. (7)

COMPLEX (EEG). Grup de unde diferite, ce realizează un ansamblu grafic, cu o morfologie definită, caracteristică, detaşată net de activitatea de fond, cu apariţie izolată sau succesivă. C. vîrf-undă, ansamblu de două unde de aceeaşi polaritate, în care una este un vîrf (durata sub 1/12 sec.), iar cealaltă este o undă (durata 1/5 sec.—1/2 sec). C. polivîrf-undă — ansamblu asemănător cu precedentul, dar care conţine două sau mai multe vîrfuri. (6)

COMPLEXE, sin. FIGURATE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

COMPULSIE. Teama de a traduce în practică o idee obsesivă sau o fobie. Este o luptă ambiguă de tendinţe în care sistemele antagoniste se anulează reciproc prin succesiuni ritmice şi rapide de mişcări opuse, care traduc incapacitatea bolnavului de a-şi rezolva propriile contradicţii (H. Ey). După alţi autori, C. este de fapt o conduită repetitivă, care degajează bolnavul de o tensiune anxioasă. În caz că nu poate repeta actul respectiv, apare neliniştea, nesiguranţa, starea de disconfort. C. apare în psihastenie, neuroză obsesivo-fobică. (2, 7)

COMUNE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

CONCORDIN. v. PROTRIPTILINA

CONFABULARE. Tulburare psihică aparţinînd preponderent de imaginaţie; se caracterizează prin elaborarea de către bolnav a unor elemente, întîmplări sau istorioare ireale. Spre deosebire de minciună, bolnavul crede sincer şi este convins de verosimilul lor, astfel că devine primul înşelat. C. are un rol suplinitor, complimentar, de a umple, prin aceste improvizaţii şi producţiuni tulburările mnestice. În sindromul Korsakov, C. poate avea un caracter spontan sau provocat, datorită amneziei lacunare existente, C. devine aici întotdeauna variabilă, schimbările făcîndu-se, uneori, de la un moment la altul (C. mnestice). În cadrul psihozelor delirante şi mai ales în parafrenie, C. poate îmbrăca un caracter fantastic, în timp ce în

Scanned with CamScanner

psihozele confuzive, C. devine onirică. Benoit (1964), Porot (1965) descriu un model special de C. la oligofreni (îndreptat spre trecut şi avînd o temă constantă, rigidă) iar Predescu-Ionescu (1976) neagă această formă. C. mai poate apare în manie, demenţe presenile, demenţe senile, schizofrenie. (7)

CONFABULATOR, DELIR. v. DELIR

CONFLICT. Luptă, dezacord, ciocnire de interese şi tendinţe de sens opus şi de intensitate oarecum egală, care creează individului o stare de tensiune psihică. C. nerezolvate sau nerezolvabile generează anxietate şi pot constitui sursa unor adevărate stări neurotice. Valoarea psiho-traumatizantă a C. poate fi micşorată prin aducerea lor în cîmpul conştiinţei, prin raţionalizarea lor. În sens psihanalitic, mecanismele de apărare ale persoanei în faţa unor C. ar consta din refulare, din deplasarea lor spre un scop substituit sau din sublimare etc. (2)

CONFORM, DELIR. v. DELIR

CONFUZIE MINTALĂ. Cuprinde un grup de boli eterogene etiologic, care au drept numitor comun sindromologic alterarea stării de conştiinţă ce poate atinge nivele de intensitate diferite, de la o simplă obnubilare pînă la comă. Ca o consecinţă a dezintegrării stării de veghe pot apare iluzii şi halucinaţii (predominant vizuale şi cu conţinut terifiant), incoerenţa gîndirii, delir oniric şi tulburări ale activităţii voluntare de tip hipo- sau hiperkinetic. Deşi întîlnită din cele mai vechi timpuri, delimitarea şi descrierea C.M. este destul de controversată şi astăzi. Georget (1820) descria sindromul sub denumirea de stupiditate, iar Delasiauve (1851) introduce termenul de C.M.; ulterior, Chaslin (1895), prin izolarea confuziei primitive şi secundare, ridică sindromul la rang de entitate clinică; Régis precizează originea sa toxiinfecţioasă, subliniind caracterul oniric al delirului confuzional. În Germania C.M. a fost descrisă sub numele de stare amenţială (Maynert), dar cea mai mare extindere a căpătat-o noţiunea de „reacţie exogenă" (Bonhoeffer, 1907), noţiune prin care autorul desemnează toate stările confuzionale apărute în cursul bolilor toxiinfecţioase. La noi, Retezeanu şi colab. au studiat C.M. în 1960. *Etiopatogenie.* Factorii etiologici susceptibili de a declanşa un tablou confuzional sînt multipli. Dintre cei mai importanţi fac parte: infecţiile bacteriene şi virale, intoxicaţiile accidentale (exogene sau endogene), precum şi profesionale sau voluntare (în scop de suicid). C.M. mai poate apare în epilepsie, tr.cr.cr. şi boli cardiovasculare. Stări confuzionale se mai pot întîlni în boli endocrine (boala lui Bazedow, boala lui Cushing); în tumori cere-

Scanned with CamScanner

brale (localizare frontală); în faza acută a unor psihoze endogene (schizofrenie sau psihoza maniaco-depresivă). Factorul psihogen de asemenea, în anumite împrejurări, poate declanșa o stare confuzională. *Patogenia* psihozelor confuzionale nu este deplin elucidată. Teoria tipului de reacție exogenă nu poate fi astăzi acceptată. Contestîndu-se specificitatea factorilor etiologici, se pune un accent prea mare pe predispoziția constituțională a individului, neglijîndu-se particularitățile de reacție a sistemului nervos în raport cu natura și localizarea agentului patogen. O altă particularitate a psihozelor confuzionale o constituie marea discrepanță existentă între intensitatea tulburărilor psihopatologice și substratul morfo-funcțional. Eșecul anatomiei patologice în decelarea unor leziuni care să se poată corela cu modificările psihice, adesea foarte exprimate, constituie fundamentul unor încercări teoretice de a explica fenomenul. S-au luat în considerare: rolul febrei, tulburările de vascularizație cerebrală, fenomenul de epuizare a sistemului nervos central, toxinele microbiene, fenomenul de autointoxicare prin produși toxici ai metobolismului, factori care ar putea modifica starea de veghe și tabloul psihic, fie singuri, fie asociați (Ewald). Mai recent Chiaramonti încearcă o explicare a patogeniei stărilor confuzionale prin teoria sindromului general de adaptare a lui Selye, factorii toxiinfecțioși și emotivi constituind puternici stimuli de alarmă, care ar declanșa mecanismul sindromului general de adaptare, prin care organismul opune o serie de reacții nespecifice de apărare. Tot în legătură cu patogenia psihozelor confuzionale mai trebuie menționat și factorul constituțional legat de vîrstă, acesta imprimînd un colorit particular tabloului psihic. Astfel, în copilărie predomină stările onirice, halucinatorii, pe cînd sindromul Korsakov se întîlnește numai la o vîrstă mai înaintată. În patogenia psihozelor confuzive participă mai mulți factori și mai ales mai multe mecanisme (numai în parte cunoscute) și care pot fi diferite de la caz la caz. SNC poate fi rezistent la unele noxe dar vulnerabil și susceptibil față de altele, a căror efect asupra organismului este minim. Numai așa se poate explica de ce factori etiologici atît de variați realizează un tablou psihic oarecum similar, dar cu unele particularități datorate vîrstei, constituției sau factorilor externi specifici (Mayer-Gross). Factorii care determină dezvoltarea psihozelor exogene sînt reprezentați nu numai de agenți cu acțiune acută, ci și de fenomenul de epuizare, de extenuare pronunțată, care urmează de obicei bolile infecțioase acute. În acest context, putem împărți psihozele

Scanned with CamScanner

exogene în 2 grupe: 1). Psihoze ce apar în legătură cu stadiul culminant al bolilor somatice cu un caracter acut, caracterizate prin modificări ale stării de conştiinţă, stări halucinator-delirante, excitaţie psihomotorie. Din această grupă fac parte psihozele confuzo-onirice şi delirul acut; 2). Psihoze de extenuare, în care legătura cu factorul etiologic este mai puţin directă şi evidentă; aici intră sindromul Korsakov şi cerebrastenia postinfecţioasă (Gurevici). *Psihozele confuzo-onirice* reprezintă modalitatea cea mai obişnuită de manifestare a psihozelor exogene, cu etiologie toxică sau infecţioasă. Pot apare la orice vîrstă, dar există o predilecţie pentru vîrsta tînără. Nu există diferenţe semnificative în ce priveşte sexul. Debutul de obicei este lent, progresiv. Bolnavul acuză astenie marcată, iritabilitate, hiperestezie senzorială, modificări de dispoziţie, fie în sensul unei stări euforice cu logoree, fie a unei scăderi a dispoziţiei, cu apatie, cefalee, care, atunci cînd devine violentă, poate fi considerată (Regies) ca un veritabil semnal de alarmă. Curînd se asociază disprosexie, insomnie cu somn agitat şi vise terifiante, care împreună cu obnubilarea anunţă intrarea în perioada de stare. Uneori cînd infecţia este severă, acest stadiu poate fi scurt sau poate chiar lipsi, instalîndu-se de la început un onirism terifiant, cu obnubilare (debut brusc). În perioada de stare, tabloul este dominat de tulburările de veghe ce variază mult în intensitate; la ele se asociază incoerenţa gîndirii, dismnezie, tulburări psihomotorii, distimie. Aspectul bolnavului este caracteristic, cu o ţinută dezordonată, trăsăturile feţei şterse, mimica hipomobilă (uneori încordată), privirea rătăcită, căutătcare, conferind faciesului perplexitate (masca confuzională). Gesturile sînt reduse, ezitante şi se succed în mod dezordonat. Contactul verbal se stabileşte cu dificultate, vorbirea devine şoptită, incoerentă, fragmentară. Dezorientarea temporospaţială este întotdeauna evidentă. Bolnavul nu recunoaşte ambianţa, nu ştie ce se întîmplă cu el, nu recunoaşte persoanele din anturajul său, totul îi pare străin. Tulburările de conştiinţă pot varia în timp de la un moment la altul. Bolnavul face un efort continuu de a se integra în mediu, de a înţelege ce se întîmplă cu el, fapt ce rezultă şi din întrebările pe care le pune, ca de exemplu: „unde mă aflu"? „cine sînt eu?" „ce se petrece cu mine, ce înseamnă toate acestea?" etc., întrebări din care rezultă o conştiinţă parţială a bolii sale psihice trăită anxios. Atenţia este labilă (hipoprosexie constantă şi accentuată), care face şi mai dificilă integrarea în mediu. Memoria are un caracter haotic, ca de altfel întreaga activitate psihică a confuzivului

Scanned with CamScanner

(dismnezie-amnezie). Percepțiile la rîndul lor sînt vagi, inexacte. De multe ori bolnavii evocă fragmentar elemente din trăirile halucinator delirante, care pot persista o perioadă de timp și după vindecare, formînd așa-numitul delir de evocare postoniric (delir rezidual, sechelar). Gîndirea este incoerentă, activitatea sintetică a gîndirii fiind alterată, iar ordinea și claritatea lipsind aproape întotdeauna, apare o stare asemănătoare visului în care realul se împletește cu imaginarul (delir oniric). Ceea ce caracterizează onirismul confuziv sînt în primul rînd iluziile și halucinațiile predominant vizuale, care se derulează caleidoscopic, de multe ori sub formă de serial, la care bolnavul participă în mod activ: se ascunde, se luptă, se apără etc. Aceste trăiri sînt însoțite de o anxietate intensă. Temele cele mai frecvente din delirul oniric sînt profesionale, bolnavul trăiește aspecte imaginare, dar legate oarecum de profesiunea sa sau de activitatea sa cotidiană; componenta onirică a stărilor confuzionale este mai evidentă seara și în cursul nopții, fiind mai redusă în timpul zilei, cînd apare o adevărată stare de adinamie, cu hipoestezie senzorială și accentuarea fenomenelor confuzive, întreruptă doar din cînd în cînd de stări de agitație. Evoluția psihozelor confuzo-onirice este favorabilă, ele vindecîndu-se fără urme, o dată sau curînd după dispariția bolii somatice în contextul căreia au apărut. *Forme clinice.* În funcție de predominanța unora sau altora din simptomele amintite, se descriu: *Confuzia agitată,* în care pe prim plan, alături de tulburările stării de conștiință, există o puternică agitație psihomotorie, manifestată prin mișcări dezordonate ale extremităților și ale întregului corp, tendințe clastice, de apărare sau de agresiune. *Confuzia stuporoasă,* caracterizată prin obnubilarea conștiinței, mutism și o inhibiție psihomotorie accentuată, de tip akineto-hipoton. Bolnavul zace întins într-o poziție imobilă, extremitățile sînt inerte, ROT diminuate. În această fază există o hipoestezie senzorială pronunțată. *Forma halucinatorie.* Tabloul psihic este dominat de iluzii și halucinații predominant vizuale, la care se adaugă și cele tactile, auditive, kinestezice ș.a. Halucinațiile au caracter dinamic, caleidoscopic, realizînd adevărate scene onirice cu caracter tranzitoriu; ele pot alterna, în unele cazuri, cu momente de relativă luciditate, dar acestea sînt de scurtă durată, de ordinul secundelor, după care bolnavul cade din nou pradă tulburărilor sale psihosenzoriale. *Delirul acut,* afecțiune relativ rară, cu predilecție pentru vîrsta adultă și sexul feminin, a fost izolat și descris de Calmeil în 1859 sub denumirea de delirium acutum și considerat ulterior ca o formă

Scanned with CamScanner

malignă a confuziilor mintale cu evoluție supraacută și sfîrșit letal. Apare ca urmare a unei psihoze confuzionale, cu etiologie toxiinfecțioasă sau în cadrul unei psihoze endogene (de ex., după un episod de manie acută), frecvent însă debutează fără nici o cauză aparentă, la persoane în plină sănătate. De semnalat rolul favorizant pe care-l joacă terenul, atunci cînd prezintă o vulnerabilitate crescută. *Etiopatogenie.* Delirul acut, numit și delir acut azotemic din cauza azotemiei exprimate, este considerat ca o modalitate de reacție a SNC în fața variatelor agresiuni. Cercetările anatomo-clinice (Marchand și Courtois) au dus la formularea conceptului de encefalită psihotică azotemică acută, pe baza leziunilor de tip degenerativ cu neuronofagie, tigroliză, reacții limfocitare perivasculare. Autorii consideră boala ca o reacție disproporționată a SNC în fața unor stimuli necunoscuți, de tip somato-encefalic, asemănătoare reacțiilor alergice. Debutul poate fi brusc, tabloul instalîndu-se în cîteva ore după o fază prodromală asemănătoare unei confuzii obișnuite. De cele mai multe ori însă debutează ca o stare depresivă, cu anxietate, la care se adaugă cefalee, lipotimii, febră, apoi tulburări de conștiință și bolnavul intră în perioada de stare, care se caracterizează prin prezența unor simptome psihice, somatice și bio-humorale caracteristice. Tabloul clinic este dominat de o agitație confuzivă intensă, exprimată prin mișcări dezordonate ale extremităților, tendințe clasice, gesturi stereotipe, iar mimica exprimă frică, teroare, disperare (Guiraud). Vorbirea este incoerentă, neinteligibilă, întreruptă de strigăte și vociferări, reflectînd probabil caracterul terifiant al halucinațiilor și scenelor onirice. Alterarea stării generale este rapidă și progresivă iar sitiofobia este un simptom constant. După Guiraud ar fi vorba de o apraxie motrică, cu perturbarea reflexului de nutriție. Apare o deshidratare intensă, cu limbă saburală, febră de origine diencefalică, ce depășește uneori 41°C, prin atingerea centrilor termoreglatori. Există o oligurie exprimată (mecanism de dereglare hipotalamo-hipofizară). Probele de laborator pun în evidență o hiperazotemie ce poate trece de 1 gr ‰, o hiperleucocitoză cu neutrofilie, creșterea hematocitului și scăderea punctului delta crioscopic, precum și o scădere a potasiului extracelular (Cossa). Cu toate că prin aplicarea metodelor moderne de reanimare mortalitatea a scăzut, iar prognosticul s-a îmbunătățit, el rămîne încă grav. Dealtfel, în ultimele trei decenii, după aplicarea pe scară largă a antibioticelor și eradicarea unor boli infecțioase cu caracter epidemic, frecvența delirului acut a scăzut, el fiind astăzi

Scanned with CamScanner

aproape o raritate. *Sindromul Korsakov postinfecţios.* În faza de epuizare a bolilor toxiinfecţioase, după depăşirea episodului acut, la persoanele adulte sau mai în vîrstă, poate apare un sindrom confabulator amnestic de tip Korsakov. Clinic, se caracterizează prin dezorientarea temporo-spaţială, amnezie de fixare cu consevrarea memoriei de evocare a evenimentelor mai îndepărtate, confabulaţie şi uneori polinevrită. Bolnavul este dezorientat temporo-spaţial nu atît datorită confuziei, care este uşoară, cît mai ales amneziei de fixare; tot datorită amneziei de fixare apar şi confabulaţiile, ca o necesitate de a umple golul mnestic. În sindromul Korsakov postinfecţios, din cauza fenomenului de epuizare psihică, labilitatea atenţiei este exprimată, bolnavul poate identifica greşit unele obiecte sau persoane (false recunoaşteri). Dintre intoxicaţii, sindromul Korsakov apare mai ales în intoxicaţia alcoolică cronică, în intoxicaţia cu oxid de carbon, iar dintre infecţii, în bolile infecţioase anergizante, epuizante. Evoluţia sindromului Korsakov este cronică şi favorabilă, mai ales în cazurile tratate precoce şi adecvat. Se citează însă şi cazuri de evoluţie spre demenţă, în special la persoane în vîrstă şi cu modificări vasculare cerebrale. *Cerebrastenie postinfecţioasă.* Nu face parte propriu-zis din stările confuzionale, în sensul că aici nu există tulburări ale stării de conştiinţă; se descrie totuşi ca fiind o consecinţă directă a bolilor toxiinfecţioase. Bonhoeffer a denumit-o debilitate emoţională hipersenzitivă. Cerebrastenia postinfecţioasă are un tablou asemănător nevrozelor, dar apare în afara unui context psihogen. Este dominat de o astenie marcată, cefalee, hiperestezie senzorială, iritabilitate crescută, disprosexie şi dismnezie şi frecvent distimie sau apatie. Bolnavii sînt trişti, descurajaţi, capricioşi, iritabili, nemulţumiţi, suspicioşi, neîncrezători. Acuzele hipocondriace nu sînt rare (generează anxietate), prelucrate de bolnav supradimensionat, pot fi prezentate uneori la modul isteric. Evoluţia lentă dar favorabilă face ca acuzele să dispară treptat, în cîteva luni. Diagnosticul pozitiv al psihozelor confuzionale este în general uşor; se bazează pe prezenţa tulburărilor de conştiinţă, pe incoerenţa gîndirii, a delirului oniric, cu caracter terifiant, dezorientare în timp şi spaţiu, dismnezie, disprosexie, false recunoaţşeri. Diagnosticul diferenţial pune uneori probleme delicate în vederea delimitării unora dintre psihozele endogene. Astfel confuzia agitată va trebui diferenţiată de mania confuzivă, unde, în crizele de mare agitaţie psihomotorie, poate apare obnubilarea conştiinţei. Confuzia stupuroasă trebuie diferenţiată de schizofrenia catatonică şi de stu-

Scanned with CamScanner

poarea depresivă. Absența tulburărilor de conștiință, absența momentului exogen, împreună cu prezența unor episoade similare în antecedente, pledează în favoarea celor din urmă. *Diagnosticul etiologic.* Printr-un examen somatic minuțios și prin analize adecvate de laborator se va încerca identificarea factorului toxiinfecțios în cauză, în vederea stabilirii unei terapii adecvate. Tulburările psihice pot apare nu numai concomitent cu boala infecțioasă ci o poate precede sau urma. În funcție de aceasta se vorbește de delir prefebril, delir infecțios și delir postfebril sau delir de colaps. Factorii toxici care pot produce tablouri confuzionale vor fi decelați prin analize de laborator adecvate. Mai frecvent se întîlnesc intoxicații profesionale cu metale, metaloizi sau alte substanțe toxice, intoxicații medicamentoase (indicații greșite, posologie neadecvată, asociații medicamentoase, intoxicații voluntare în scop suicidant etc), intoxicații alimentare, cu o subliniere făcută intoxicației etilice (v. ALCOOLISMUL CRONIC). Afecțiunile organice cerebrale care pot realiza stări confuzive vor fi diagnosticate prin metode suplimentare de investigații cum sînt EEG, PEG, arteriografie etc. Factorii psihogeni, emoționali pot de asemenea declanșa tablouri confuzionale. *Tratament.* Tratamentul stărilor confuzionale comportă două aspecte: simptomatic și etiologic. Tratamentul simptomatic vizează în primul rînd reducerea agitației psihomotorii și îmbunătățirea stării somatice din formele agitate ca etapă de urgență, vizîndu-se apoi și restabilirea somnului, reducerea activității delirante, a anxietății și clarificarea stării de conștiință. Pentru început se va acorda o mare atenție îngrijirii generale și regimului igieno-dietetic. Rehidratarea bolnavului se va face prin ingerarea de lichide pe cale bucală, atunci cînd acest lucru este posibil, sau prin aplicarea de perfuzii cu soluții saline sau glucoză la bolnavii care nu se alimentează. Rehidratarea parenterală se face sub controlul ionogramei. Concomitent se administrează doze mari de vitamine: vitamina C cel puțin 1 gr pe zi, B_1 forte (100—200 mg/zi), B_6, 1—2 fiole la zi, B_{12} de 1000 γ, o fiolă la 2 zile. Sedarea agitației psihomotorii se va face prin administrarea neurolepticelor majore fenotiazinice sau butirofenone: se poate administra clorpromazina injectabilă (plegomazin) 75—150 mg/zi în injecții i.m. Mai eficiente sînt însă butirofenonele (haloperidol, triperidol), care, în doze de 3—8 mg/zi, reduc rapid atît agitația psihomotorie, cît și fenomenele halucinatorii. În agitațiile mari sau în confuziile trenante, Delay recomandă cîteva ședințe de EȘ cu efect favorabil. Somnolența și adinamia

Scanned with CamScanner

pot fi combătute prin administrarea de psihotrope ca meclofenoxat, lucidril, centedrin, cerebrolizine etc. Tratamentul etiologic se adresează factorilor toxici și infecțioși. În infecțiile bacteriene se vor administra antibiotice în doze corespunzătoare după efectuarea prealabilă a ionogramei. (2)

CONFUZO-ONIRIC, DELIR. v. DELIR

CONSTITUȚIONAL, DELIR. v. DELIR

CONTAGIUNE MINTALĂ, sin. CONTAGIUNE PSIHICĂ. Merloo (1974) definește C.M. ca un transfer involuntar de sensibilitate, gîndire și afectivitate. În esență C.M. se bazează, în largă măsură, pe sugestibilitate și mimetism. Ehrenwald arată că în familia cu bolnavi psihici în general și cu neurotici în special se creează o interinfluență continuă și permanentă atît orizontală (relațiile cu grupul social), cît și verticală (influențele suferite în decursul dezvoltării). C.M. poate fi considerată o adevărată inducție și interacțiune ritmică senzorială și extrasenzorială. C.M. apare mai evidentă la persoanele imature și la debilii mintali. Psihopatologic, C.M. poate îmbrăca mai multe forme: a). Contagiunea epidemică, apare în condiții sociale, dramatice sau cu mare încărcătură afectivă (în război, cu ocazia catastrofelor, la unii sectanți etc.) și cuprinde simultan un număr mare de indivizi (structuri isterice, neurotici, debili mintali). Istoria medicinii oferă în acest sens numeroase exemple, mai ales din epoca evului mediu. b). Delirul indus, delirul în „doi" descris de Lasègue, Falret și Régis, iar la noi de Ureche, Retezeanu etc., apare la un cuplu, în care unul din membrii este, de obicei, un debil mintal care „împrumută" și apoi aderă la ideile delirante ale partenerului, care este de multe ori un paranoic. Cu cît partenerul pasiv este mai subordonat intelectual și afectiv sau are o personalitate mai imatură, mai slabă, sau influențabilă, cu atît mai ușor se realizează acest gen de C.M. În ecuația menționată mai sînt importante: gradul de cultură și mediul social în care trăiește cuplul; gradul de sistematizare și de verosimilitate a delirului, precum și gradul de toleranță a mediului socio-familial, locul de muncă, anturajul etc. (7, 4)

CONTRAEXPERTIZĂ. Este un act medico-legal, de expertizare a unui bolnav, cerută de organele procuraturii, care consideră prima expertiză ca insuficientă. C. se execută de un for superior celui care a expertizat inițial bolnavul. Dosarul penal și medical, inclusiv examinarea atentă, uneori în condiții de spitalizare prelungită, sînt elementele necesare realizării C. Pe durata observării bolnavului — în anumite cazuri — se pot

Scanned with CamScanner

întrebuința mijloace tehnice speciale de investigație (ex. narcoanalize, dezinhibiția cu alcool i.v., EEG cu provocare etc). (4)

CONTRADICTORII, sin. ANTAGONISTE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

CONTUZIE CEREBRALĂ. v. TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL

CONVALESCENȚA. Perioadă următoare finalului unei boli, reprezentînd o etapă de tranziție spre starea de sănătate, în care subiectul trebuie să respecte anumite indicații medicale. În patologia psihiatrică, C. trebuie apreciată în raport cu natura și specificul evolutiv al cadrului nozologic pe care îl luăm în considerare, cît și cu particularitățile individuale ale bolnavului. (6)

CONVERSIUNE. Termen psihanalitic prin care se înțelege transpunerea (comutarea) unei stări tensionale psihomotorii pe plan corporal (somatic). Este caracteristică structurilor isterice, bolnavii proiectînd tendințele refulate într-o multitudine de simptome fizice ca: paralizii (care nu respectă topografia nervoasă), anestezii, parestezii, contracturi, tulburări senzoriale (surditate, cecitate, afonie etc). Fenomenul este cunoscut și sub denumirea de „aptitudine expresivă", „mito-plasticitate" etc. (Porot). Majoritatea psihiatrilor diferențiază C. de devierea excitației emoționale pe sistemul neuro-vegetativ, fapt observat în clinică la bolnavii suferinzi de neuroză anxioasă. În primul caz manifestarea somatică este golită de conținutul anxios, spre deosebire de a doua situație, în care, așa-zisa distonie neuro-vegetativă sau disvegetoză, păstrează elementul anxios (uneori chiar exacerbat). C. este larg folosită în fundamentarea unor concepții cum sînt psihanaliza și psihosomatica. (4)

CONVULSIE. Contracție involuntară și violentă a musculaturii scheletice, care se poate manifesta sub formă tonică, clonică sau tonoclonică. (6)

CONVULSIOTERAPIE. Procedeu terapeutic care vizează obținerea unor efecte terapeutice favorabile prin utilizarea crizelor convulsive provocate. Metoda introdusă de von Meduna (1936) s-a bazat pe observația empirică (considerată astăzi eronată) după care între epilepsie și schizofrenie ar exista o incompatibilitate. Pentru obținerea crizelor convulsive se utiliza cardiazol. Astăzi această metodă are numai însemnătate istorică. (2)

COPRO. Prefix folosit în cadrul tulburărilor psihice care sînt în legătură cu atitudini și comportament patologic față de materiile fecale. (7)

Scanned with CamScanner

COPROCHEZIE. Tulburare de comportament caracterizată prin preocuparea bolnavului de a-şi murdări hainele cu excremente; se obţine astfel o satisfacţie perversă. C. apare la psihopaţi, oligofreni, demenţi. (4)

COPROFAGIE. Tulburarea instinctului alimentar, caracterizată prin ingerarea de materii fecale. C. este un simptom întîlnit în oligofrenia gravă, în schizofrenia hebefrenă, în demenţă şi la unii psihopaţi sexuali. (4)

COPROFILIE. Plăcerea bolnavului faţă de materiile fecale, manifestată prin aceea că se complace în a sta în propriile sale excremente (sau în ale altora). C. se întîlneşte în demenţe, în schizofrenie şi în unele forme grave de perversiune sexuală. (4)

COPROFOBIE. v. FOBIE

COPROLALIE. Tulburare de limbaj caracterizată prin folosirea abuzivă şi indecentă a cuvintelor obscene. C. se întîlneşte în manie, în boala ticurilor, alcoolismul cronic, în psihoze presenile, demenţe. În cadrul psihopatiilor sexuale C. poate fi considerată un adevărat echivalent sublimat de satisfacţie erotică (după psihanalişti). (7, 4)

COROFILIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

CORPORALE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢII

COSMICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

COSMOGONIC, sin. METAFIZIC. v. DELIR

COŞMAR. Vis terifiant însoţit de anxietate şi de o senzaţie de opresiune respiratorie, care conduce frecvent la trezirea subiectului. C. se încadrează între fenomenele care provoacă modificări importante în electrogeneza cerebrală hipnică, realizînd un episod de „trezire EEG“ (Gastaud). Deşi C. sînt caracteristice perioadei de impregnaţie alcoolică cronică şi perioadei de sevraj din farmacodependenţe, pot fi întîlnite şi în alte afecţiuni psihice, cum ar fi: stările anxioase, stările depresive, debutul oniric al schizofreniei, melancolia de involuţie etc. (6)

COTARD, SINDROMUL LUI. Denumit de Cotard (1880) drept o stare delirantă de negaţie, sindromul C. este o entitate sindromologică discutabilă, recunoscută mai ales în ţările de origine latină, pînă cînd în SUA (Arieti) este inclus în psihozele de involuţie de tip paranoid. Simptomele caracteristice ale acestui sindrom sînt reprezentate de o triadă de delire, formată din delirul de negaţie, de enormitate şi de imortalitate, triadă care survine pe fondul unei depresii grave în perioada de involuţie. Majoritatea cazurilor cu sindrom C. sînt

Scanned with CamScanner

femei. Prezența halucinațiilor nu este obligatorie, acolo însă unde ele există sînt auditive, vizuale sau tactile și întăresc convingerea delirantă a bolnavului. După H. și B. Aubin tulburările psiho-senzoriale pot duce acești bolnavi la automutilări și tentative de sinucidere. Considerat multă vreme ca un sindrom cu prognostic rezervat, un adevărat indiciu de cronicizare în depresie, astăzi în era psihotropelor majore și a antidepresivelor și-a pierdut în largă măsură prognosticul rezervat. (7)

CRAMPA PROFESIONALĂ, sin. GRAFOSPASM. După unii autori C.P., împreună cu logoneuroza și neuroza ticurilor sînt considerate neuroze cu simptomatologie predominant psihomotorie. Spre deosebire de cele două forme amintite, și care aparțin ca debut și perioadă de formare copilăriei, C.P. se instalează în plină maturitate și la persoane care au deja o vechime oarecare în profesie. Debutul este lent, insidios. Apariția C.P. este precedată de un stress psihic sau de conflicte apărute în cadrul profesiei (eșecuri, tensiuni, insuccese etc). Simptomul cardinal îl constituie tulburarea stereotipului psihomotor principal din exercitarea meseriei. Apariția C.P. este legată și de structura psihică mai sensibilă, mai fragilă a persoanei puse să lucreze în condiții vitrege sau neavenite. Frecvența este mai mare la bărbați decît la femei. În C.P. tulburarea psihomotorie respectivă apare în timpul profesiunii, perturbînd-o din cauza imposibilității de a exercita mișcările ce sînt specifice și în același timp necesare exercitării sale. Astfel, la scriitori folosirea stiloului, la violoniști a arcușului, la dactilografe apăsarea clapelor mașinii de scris etc. Această tulburare în execuția psihomotorie a actului respectiv se poate desfășura sub diverse variante; există o formă spastică și alta paralitică în fața comenzii date. Tremurătura sau durerea pot apare simultan sau uneori chiar să înlocuiască elementul spastic sau paralitic. Examenul neurologic al segmentului respectiv nu pune în evidență nici un fel de modificări de reflexe sau de sensibilitate. Una din cele mai importante particularități pe care o prezintă C.P. este aceea că mișcarea perturbată pînă la impotență funcțională în contextul profesional, poate fi executată degajat, cu mare ușurință și fără nici o greutate în alte împrejurări sau în alte scopuri. Astfel o dactilografă care nu mai putea să bată la mașină decît cu mare efort, și numai cu mîna stîngă, reușea în același timp să cînte la pian, fără nici un fel de dificultate. Kreindler și Voiculescu relatează cazul unui scriitor care prezentînd C.P. a încercat diferite manevre spre a putea scrie cum ar fi: folosirea unui creion foarte gros, scrisul în picioare etc.

Scanned with CamScanner

Bolnavul cu C.P. prezintă şi alte tulburări neurotice dar care toate gravitează în jurul acestui simptom esenţial. În cadrul acestor tulburări se menţionează: manifestări neuro-vegetative, insomnie, anxietate, iritabilitate, scăderea randamentului psihic, dismnezie, hipoprosexie. Conştient şi în acelaşi timp alarmat caută fel de fel de refugii şi remedii. Încercările sale voluntare de a învinge „obstacolul" rămîn fără rezultat. De multe ori, după asemenea tentative, apare o amplificare a tulburărilor sau o creştere a difuzibilităţii lor. *Diagnosticul diferenţial* se face cu afecţiunile neurotice sau inflamatorii care prezintă manifestări asemănătoare, dar unde lipseşte această exclusivitate de apariţie a tulburării psihomotorii, selectiv legată de exercitarea stereotipului profesional. Prognosticul C.P. este rezervat; evoluţia este intermitentă, cu frecvente recidive; boala are un caracter progresiv ceea ce îl determină pînă la urmă pe bolnav să-şi schimbe profesia sau să se pensioneze. *Tratamentul* C.P. este bazat pe o psihoterapie îndelungată la care se asociază tranchilizante minore (Napoton, Meprobamat, Diazepam etc). Metodele de reeducare cît şi fizioterapia vor fi indicate după un repaus prelungit necesar reechilibrării funcţiilor şi eliminării elementelor perturbatorii. Şedinţele de narcoanaliză ca şi terapia autogenă Schultz pot contribui în largă măsură la ameliorarea stării generale a bolnavului şi în acelaşi timp la dirijarea sa spre o activitate susţinută şi eficientă într-un domeniu limitrof, dar în cu totul alt cadru, decît acela al profesiunii în care s-a declanşat C.P. (7)

CRANIOSTENOZA. Malformaţie a craniului, rezultată din sinostozarea precoce a două sau mai multe oase craniene. Diagnosticul se bazează în principal pe anomalii de formă craniană, sindrom de hipertensiune intracraniană, existenţa sinostozei (examen radiologic). (6)

CRELIZIN (Cerebrolizin). Este un amestec de aminoacizi şi polipeptide rezultat din hidroliza enzimatică a creierului delipidat de porc. Eficienţa acestui preparat biologic nu este însă suficient dovedită. Se afirmă că prin stimularea proceselor metabolice cerebrale şi ca urmare a normalizării funcţiilor SNC, preparatul ar fi eficace într-o serie de boli, sindroame şi simptome cum sînt: insomnii, transpiraţii profuze, instabilitate psihică, anxietate, cefalee vasomotorie, vertij, parestezii nocturne, neuroze vegetative. C. s-ar mai putea folosi în tratamentul epilepsiei forma petit mal (tratament adjuvant). Alte indicaţii ar fi: leziuni cerebrale vasculare sau posttraumatice, coma hipoglicemică. *Preparate. Posologie.* Crelizin(+)-ul se prezintă sub formă

Scanned with CamScanner

de fiole de 1 ml. Se injectează s.c. sau i.m. cîte o fiolă la 2—3 zile sau zilnic. Se administrează în serii de 10 fiole. După o pauză de 2—3 luni, tratamentul se poate repeta. (1)

CREMATOFOBIE. v. FOBIE

CREMNOFOBIE. v. FOBIE

CREPUSCULAR. Stare tranzitorie de obnubilare, cu debut și sfîrșit brusc, urmată de o amnezie parțială, de unde relatările fragmentare ulterioare ale bolnavului, asociată cu o relativă bună integrare a activității psiho-motorii. Durata C. poate fi de la cîteva minute pînă la cîteva zile. Pe acest fond de alterare a conștiinței apar elemente halucinator-delirante și anxietate, care duc la o stare de agitație psihomotorie; s-au descris cazuri și cu trăiri afective neutre. Starea crepusculară poate apare în diencefaloză, epilepsie, isterie, tumori de lob temporal etc. Medico-legal discernămîntul pentru faptele comise în această stare este suprimat. (6)

CRETINISM. Termen oarecum echivalent cu imbecilitatea, folosit pentru a desemna o formă etiologică a oligofreniilor. C. se datorește unei insuficiențe tiroidiene grave (mixedem), apărută în cursul vieții intrauterine sau în primele luni după naștere. Mixedemul congenital se datorește: disgeneziilor tiroidiene, tiroidei ectopice, tulburărilor de biosinteză. *Clinic,* boala se manifestă prin modificări somatice caracteristice: facies în lună plină, gura întredeschisă, macroglosie, tegumente infiltrate, abdomen voluminos, copilul nu crește în lungime, dar greutatea este normală sau este supraponderal. Psihic se constată o întîrziere în dezvoltarea psihomotorie, mai evidentă după vîrsta de 6 luni: copilul este apatic, inert, greoi, indiferent la stimulii din mediu și cu o mimică inexpresivă. Poziția șezîndă, mersul și vorbitul apar cu mare întîrziere. La vîrsta adolescenței bolnavul se prezintă cu atributele somatice ale mixedemului (talie mică, facies caracteristic, buze groase, dinți vicios implantați și cariați precoce, membre scurte, disproporționate față de trunchi, tegumente uscate) căruia îi corespunde o slabă dezvoltare intelectuală, realizînd tabloul unei imbecilități sau idiotii. Diagnosticarea precoce a mixedemului congenital și instituirea unei opoterapii de substituție poate atenua apariția oligofreniei, cu condiția ca aceasta să se facă pînă la vîrsta de 6 luni; după această vîrstă orice intervenție terapeutică rămîne inutilă deficitul intelectual fiind ireversibil. (v. și IMBECILITATE, IDIOȚIE, OLIGOFRENIE). (2)

Scanned with CamScanner

CRIOFOBIE. v. FOBIE

CRIPTOMNEZIE. Este o paramnezie caracterizată prin uitarea unor date importante sau oameni însemnați; creațiile sau operele sînt prezentate de bolnav ca fiind producție proprie. C. apare în schizofrenie, parafrenie, psihoze presenile, oligofrenii etc. (7)

CRISTALOFOBIE. v. FOBIE

CRIZĂ. Apariția paroxistică a unei simptomatologii definite sau punctul crucial al evoluției unei maladii. În limbajul psihiatric curent acest termen se utilizează de obicei pentru desemnarea simptomatologiei paroxistice epileptice sau isterice. (6)

CRIZA EPILEPTICĂ PSIHOMOTORIE. În raport cu clasificarea epilepsiei, acest tip de criză se încadrează în epilepsia parțială (localizată, focală) cu simptomatologie complexă și se concretizează clinic prin tulburări psihice ce constau dintr-o alterare în grade variabile a conștiinței, însoțită de automatisme, simptomatologia clinică fiind asociată sau nu și cu crize organovegetative. Automatismele care se produc pe fondul tulburării de conștiință sînt de mai multe tipuri: 1) automatisme ambulatorii; 2). automatisme gelastice; 3). automatisme gestuale; 4). automatisme verbale; 5). fuga epileptică. După cum remarcă Dimitriu R. (1974) epilepsia psihomotorie are ca substrat patogenic „triunghiul psihomotor" reprezentat de structurile prefrontoorbitale, temporolimbice și centrencefalice. În acest context subliniem că numai unele automatisme psihomotorii sînt de origine temporală. (6)

CROMATICE, HALUCINAȚII, v. HALUCINAȚII

CROMATOFOBIE. v. FOBIE

CRONIC, DELIR. v. DELIR

CRONOFOBIE. v. FOBIE

CULPABILITATE, DELIR DE. v. DELIR

CUNILINGUS. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

CVERULAȚIE. Este o reacție revendicatoare a unor persoane care se cred nedreptățite, frustate. Reacția are de obicei un caracter ostil și este susținută de o mare forță afectivă și de o tenacitate deosebită în realizarea scopului propus. În psihopatologie, C. îmbracă forme variate; se întîlnește mai ales la delirații paranoici și la unii psihopați. (2)

CVERULATORIU, DELIR, sin. PROCESIV, REVENDICATIV. v. DELIR.

Scanned with CamScanner

DACNOMANIE. Impulsiune patologică de a ucide. Survine în epilepsie, beție patologică etc. (7)

DACTILOCAMPSODINIE. Tulburări de sensibilitate caracterizate printr-o durere vie, insuportabilă, la flectarea degetelor mîinii; D. apare mai ales în episodul postcritic al epilepsiei. (7)

DARITRAN(R). Este o combinație de meprobamat (250 mg) cu oxifenciclimină HCl (5 mg); ultimul produs are o acțiune M-colinolitică foarte puternică și de durată. Prin această asociere se realizează un efect ataractic, antispastic și hiposecretor. Medicamentul este indicat în caz de ulcer duodenal mai ales în formele în care există o componentă psihogenă evidentă în patogenie. Se administrează 1—2 comprimate pe zi. (5)

DEANOL (DMAE, Demanol(R), Procholin(R)) este dimetilaminoetanolul considerat precursorul metabolic al acetilcolinei. Studii cu molecula marcată cu C_{14} au demonstrat că D. străbate bariera hematoencefalică și se transformă în acetilcolină, care are rol important ca mediator în SNC, intervenind în procesele de excitație. Acțiunea acetilcolinei este de scurtă durată. D. crește concentrația de acetilcolină în SNC și determină efecte stimulatoare cu desincronizare EEG. Are și un efect antidepresiv moderat. Este indicat mai ales la copii în retardare mintală, dificultăți de învățare, tulburări de comportament, instabilitate emoțională. Se poate utiliza în sindroamele astenice din cadrul unor boli somatice, în stările depresive ușoare însoțite de fenomene astenice, precum și în schizofreniile anergice (Predescu și colab.). De asemenea poate corecta efectele sedative ale neurolepticelor. Efectele secundare constau în vertij, cefalee, ușoară stare de excitație a SNC, uneori insomnie, hipertonia unor grupe musculare (ceafă, maseteri), ușoară creștere a tensiunii arteriale, erupții cutanate. În general, D. are

Scanned with CamScanner

o toxicitate redusă. Este contraindicat în epilepsie, unde se poate eventual administra, dar numai asociat cu anticonvulsivante. Există diverse combinații ale D., astfel: preparatul Deaner(R) conține pe comprimat 25 mg deanol sub formă de sare a ac. paraacetamidobenzoic. Se administrează 50—300 mg pe zi. Débrumylul(R) (pirolidin carboxilat de demanol) și Clergilul(R) (demanol aceglutamat) acționează similar cu D. (5)

DEBILITATE MINTALĂ. Forma cea mai ușoară a oligofreniei. Se caracterizează printr-o dezvoltare limitată a proceselor cognitive (Q.I. cuprins între 60 și 80), personalitate imatură psiho-afectiv, adesea cu deficiențe caracteriale, sugestibilitate crescută, discernământ diminuat, tulburări de activitate și voință. Etiologie variată (factori genetici, toxiinfecțioși, traumatici, psiho-sociali). Debilul mintal poate fi școlarizat în școli speciale, își poate forma deprinderi care au un grad redus de complexitate, desfășurînd o muncă socială utilă prin care-și asigură o existență independentă (v. și OLIGOFRENIE). (2)

DECOMPENSARE. În psihiatrie prin D. se înțelege apariția unui grup de simptome, de obicei de origine reactivă, datorită, de cele mai multe ori, unei traume psihice. Clinic D. poate lua mai multe forme: anxioasă, depresivă, interpretativă, onirică etc. Dacă durata unei D. este imprevizibilă, în schimb acest termen presupune și reversibilitatea întregii simptomatologii, deci restabilirea vechiului echilibru, a liniei de plutire proprii și specifice pentru fiecare persoană în parte. (7)

DECONDIȚIONARE. Prin D. se înțelege un ansamblu de metode terapeutice prin care se urmărește înlăturarea apetenței și a dependenței față de un anumit toxic. (2)

DECORATIVE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

DEDUBLARE. Tulburare a personalității caracterizată prin trăirea succesivă a cel puțin două identități, dintre care una rămîne în multe cazuri egală cu aceea dinaintea îmbolnăvirii. D. apare în epilepsie, isterie, schizofrenie și în psihozele confuzo-onirice prelungite. Un aspect particular de D. îl constituie manicheismul delirant (v. MANICHEISM). (7)

DEGENERESCENȚĂ. Concepție ereditară privind transmiterea bolilor psihice inițiată de Morel (1857) și dezvoltată ulterior de Magnan și Legrain. Conform acestei teorii bolile psihice se transmit în mod direct de la părinți la urmași, fie ca atare, fie sub formă de predispoziție. Diferitele caractere somatice întîlnite la o persoană provenită dintr-o familie tarată, erau considerate de Morel și adepții săi ca stigmate ale degenerescenței fizice și morale. Sub forma sa originală, teoria D.

Scanned with CamScanner

pe lîngă meritul de a fi subliniat transmiterea ereditară a unor boli psihice a avut şi un caracter retrograd, servind ca punct de plecare pentru dezvoltarea de către Lombroso a cunoscutei sale ipoteze privind corelarea unor trăsături psihice cu anumite caractere somatice, teorie profund reacţionară şi lipsită de orice conţinut ştiinţific. Într-o analiză ulterioară a teoriei, D. Magnan şi Legrain (1895) separă bolile psihice care se pot transmite ereditar (psihozele endogene) de bolile eredo-degenerative diminuînd mult valoarea aşa-ziselor stigmate degenerative. Astăzi, teoria D. în bolile psihice are numai valoare istorică, ereditatea în psihiatrie fiind reconsiderată în lumina concepţiilor moderne. (2)

DEGHIZARE. v. TRAVESTITISM

DEHIDROBENZPERIDOL (Droperidol(R), Droleptan(R), Inapsine(R)) este un neuroleptic derivat de butirofenonă, înrudit chimic cu haloperidolul. D. este considerat un sedativ psihomotor şi anxiolitic puternic; acţiunea sa se instalează rapid după administrarea i.v. sau i.m. Produce echilibrarea neurovegetativă. Efectele sale antişoc şi antivomitive sînt superioare faţă de cele ale clorpromazinei. Este indicat în stări de agitaţie. De asemenea se utilizează în neuroleptanalgezie, asociat cu un analgezic puternic (petidină, fentanil), în diferite intervenţii chirurgicale care necesită cooperarea chirurg-bolnav. Se poate utiliza singur în preanestezie (i.m.). D. produce efecte secundare similare cu alte neuroleptice. Sindromul parkinsonian poate fi antagonizat cu antiparkinsoniene. Determină hipotensiune. Este contraindicat în cazurile în care nu se administrează neuroleptice. Nu poate fi întrebuinţat la gravide. Preparatul Droleptan(R) se prezintă sub formă de fiole care conţin 2,5 sau 5 mg D. pe ml. Există şi o soluţie 2% pentru uz intern. Droperidolul(R) fiole conţine 2,5 D. pe ml (fiole de 10 ml). În stările de agitaţie tratamentul poate fi început prin injectarea i.m. a unor doze de 25—50 mg pe zi, apoi tratamentul va fi continuat per os cu o doză de 10—50 mg, repartizată in 3—4 prize, pe zi. În neuroleptanalgezie se administrează în funcţie de scopul urmărit de anestezist (i.v. sau i.m.), în alte doze (mai reduse). (5)

DÉJÀ CONNU, DÉJÀ VÉCU, DÉJÀ VU. Tulburare de memorie (în special de evocare) caracterizată prin aerul de cunoscut, de trăit pe care-l simte bolnavul în prima sa întîlnire cu fapte şi evenimente noi. D.C. apare în stări onirice, în epilepsie psihosenzorială, în schizofrenie etc. (7)

DELINCVENŢĂ. După A. Porot, D. poate fi definită ca „ansamblul conflictelor ce rezultă din violarea legilor"; ea este atît

Scanned with CamScanner

un fenomen individual (raportat la persoana delincventului), cît și un fenomen socio-cultural. Juridic, în cadrul D., ca urmare a naturii infracțiunii comise și a pedepsei primite, există mai multe forme, care reflectă mai ales gravitatea actului săvîrșit. Cele mai simple sînt contravențiile care se pedepsesc prin aplicarea de amenzi; urmează categoria delictelor prevăzute în Codul Penal și pedepsite prin detenție pe durată variabilă. *Crima* reprezintă delictul cel mai grav și ca atare cel mai sever pedepsit. Cei mai cunoscuți factori delictogeni sînt dependenți de factorii așa-ziși „criminogeni"; de condițiile individuale și de condiții sociale nefavorabile (exemplu: ereditatea încărcată, boli psihice, carențe educative, mediu familial dizarmonic, flagele sociale, foamete, război etc). Multe delicte sînt comise de psihopați, oligofreni, schizofreni, epileptici cu tulburări psihice, paranoici, demenți și alcoolici. D. poate fi săvîrșită — aparent — fără motive; există și o D. de ocazie, (acte antisociale, din gelozie, din foame etc). Stările emotive puternice pot duce la D. (ex. soțul care își surprinde soția în flagrant delict de adulter). (4)

DELIR. Plecînd de la definiția clasică a D., prin care se înțelege o tulburare de fond a gîndirii, astăzi semnificația sa este mult lărgită considerîndu-se D. ca *o tulburare complexă care angajează întreaga personalitate* și avînd ca atare un răsunet puternic asupra tuturor funcțiilor sale psihice. Ideea delirantă este un element izolat (rareori sesizabilă clinic), o adevărată etapă mai scurtă sau mai lungă în organizarea D. *Debutul* D. este de obicei lent, insidios și progresiv întins pe o durată de luni și chiar ani de zile. Faza pregătitoare sau predelirantă care poate precede apariția unui D. se caracterizează printr-un șir întreg de tulburări cum ar fi iritabilitatea, susceptibilitatea, izolarea, suspiciunea, preocuparea excesivă în legătură cu semnificația unor evenimente, căutarea unor explicații, schimbarea felului obișnuit de a trăi de pînă atunci. De la simple coincidențe, presupuneri, nelămuriri sau întîmplări mărunte, bolnavul începe să emită presupuneri, bănuieli, și să-și alimenteze falsa convingere cu argumente, să caute probe etc. Treptat, întreaga sa viață se centrează pe false concepții care aduc, printr-un mecanism de cerc vicios, alte argumente în susținerea premizei. Receptiv și înclinat să creadă orice ar putea să-i servească de explicație, devine în același timp inabordabil în fața unor argumente reale, logice, dar în contradicție cu convingerea sa. În debutul brusc, bolnavul trăiește intuitiv, ca o adevărată revelație, convingerea falsă pe care-și construiește D. Interferența D.

Scanned with CamScanner

cu halucinațiile este multiplă și variată: apărute concomitent sau precedîndu-se simptomele se interferează permanent alcătuind o entitate simdromologică. Sistematizarea D. se face pe baza particularităților oferite de tema principală, modul de evoluție și simultaneitatea altor tulburări psihice. Fiecare delirant realizează însă pînă la urmă un model propriu legat de structura persoanei sale. D. are în general un caracter polimorf și suportă multe transformări sau sublimări în cursul anilor. Termenul de D. este folosit și *într-un sens psihopatologic mai larg*, el echivalînd cu un sindrom sau chiar cu o boală. În acest sens prin D. se poate înțelege mai ales o psihoză confuzo-onirică de natură infecțioasă (ex. D. acut, D. febril, D. infecțios). *D. absurd* se dezvoltă pe fond demențial, ceea ce explică lipsa de logică și caracterul său contradictoriu; ideile delirante sînt deslînate, haotice, pasagere, fragmentare, bolnavul neavînd posibilitatea grupării lor într-un sistem sau a susținerii lor prin argumente. *D. de acțiune binefăcătoare*, formă particulară a D. de influență. Bolnavul se simte protejat, condus și ajutat în întreaga sa existență de forțe sau ființe care îl ocrotesc și îl îndeamnă la acțiuni a căror reușită este asigurată. *D. activ* (Benoit) aspect particular al D. de autoacuzare, în sensul că se află în plină desfășurare și cuprinde toate evenimentele zilei, care sînt considerate dovezi în sprijinul convingerii sale. *D. acut*, formă clinică gravă a confuziei mintale (v. CONFUZIE MINTALĂ). *D. afectiv* este dominat de trăirea intensă afectivă care îl generează (manie, depresie) și de aceea se bazează pe o relativă structură logică (Snejnewski). *D. altruist*, formă de D. de tip expansiv, în care bolnavul devine extrem de darnic, de generos, oferindu-și tot ce are și chiar propria viață în folosul celor din jur. *D. anxios*, se dezvoltă pe fondul unei neliniști și a unei tensiuni, temele cele mai frecvente sînt de tip micromaniacal sau paranoid. *D. de apărare*, alcătuit dintr-un întreg conglomerat de argumente probe și dovezi cu care își susține în fața tuturor cauza proprie, convins fiind că este nedreptățit și că are mulți dușmani care-l împiedică să se realizeze. Face parte din D. paranoic și paranoid. *D. ascuns, sin. disimulat, mascat.* Bolnavul reușește să-și mențină în secret convingerile delirante avînd grijă ca prin aparențe să scape de observația celor din jur. *D. de autoacuzare (Gillbert-Ballet), sin. vinovăție*, se bazează pe o retrospectivă autobiografică făcută în scopul de a scoate la iveală marile greșeli pe care le-a comis și pentru care este necesar să fie pedepsit cît mai aspru cu putință. Acest D. se dezvoltă pe fondul unei depresii grave

Scanned with CamScanner

și duce deseori la autodenunț, automutilare sau suicid. *D. de autoumilire.* Bolnavul refuză îngrijirea, atenția familiei sau a celor din jur, se înjosește, umblă în zdrențe, refuză mîncarea, fiind convins că nu merită să fie înconjurat de căldură și înțelegere *D. de bogăție.* Bolnavul crede că posedă averi mari, fabuloase despre care vorbește cu toți și din care împarte tuturor. *D. catatimic,* apare și se dezvoltă pe o puternică stare afectivă care îngustează conștiința și poate dezlănțui reacții paroxistice. *D. catestezic* (Ghiliarovski) se caracterizează prin stări afective cu conținut neplăcut și polarizate pe interpretări hipocondriace. *D. cenestopat* (Sivadon) cuprinde idei și convingeri despre tulburările survenite în structura organismului propriu, tulburări care sînt legate de o afecțiune extrem de gravă, de cele mai multe ori incurabilă, și față de care cei din jur, fie că-l îmbărbătează, fie că nu-i dau importanța cuvenită. *D. colectiv,* mai multe persoane susțin aceeași temă delirantă. *D. combinat, sin. mixt,* se caracterizează, după Predescu și Ionescu, prin ambiguitatea tonalității afective cu care sînt trăite ideile delirante de tip interpretativ. *D. de compensare* (Sivadon). Tema vine să compenseze o situație dramatică sau tensională (reală sau nu) trăită de bolnav. *D. confabulator.* Bolnavul își clădește întreaga țesătură delirantă din fenomene imaginare legate mai ales de aspecte profesionale, familiale; acest D. este debordant el invadînd întreaga personalitate. *D. conformist* (Bayer). Model particular de D. colectiv susținut simultan de mai mulți bolnavi schizofreni. *D. confuzo-oniric* (Marchais). D. interferat cu halucinații polisenzoriale și cu o trăire afectivă neplăcută, alături de o dezorientare temporo-spațială mai mult sau mai puțin accentuată. *D. constituțional.* D. care nu reprezintă decît o accentuare a structurii particulare a personalității anterioare bolnavului respectiv. *D. cosmogonic, sin. metafizic.* Tematica este bazată pe ideea transformării sufletului în vederea reîncarnării sale de mai multe ori și în ipostaze variate. *D. contradictoriu,* caracterizat prin lipsa de logică în susținerea și argumentarea ideilor; apare mai ales pe un fond demențial. *D. cronic,* cuprinde toate formele de D. în afară de forma infecțioasă acută (Benoit). După Magnan, în schimb, D. cronic reprezintă o entitate nozografică în care se pot distinge următoarele faze evolutive: de neliniște (incubația), de persecuție (în care apar și halucinații auditive) și de grandoare (ideile de tip expansiv înlocuiesc delirul de persecuție) o fază de dezagregare terminală (instalarea demenței). *D. de culpabilitate* este în mare măsură sinonim cu D. de autoacuzare. Bolnavul

Scanned with CamScanner

își asumă greșeli pe care nu le-a comis, se crede vinovat și cere insistent să fie pedepsit. *D. cverulatoriu.* Bolnavul este nemulțumit, face o serie de plîngeri, reclamații, scrisori, procese. *D. dermatozoic* (Ekbom). Bolnavul susține că are paraziți cutanați pe care se străduiește să-i înlăture și face apel, în acest scop, la fel și fel de metode de tratament dintre cele mai originale. *D. de descoperire,* formă expansivă în care convingerea falsă a bolnavului se centrează pe faptul că el este descoperitorul unor mari și însemnate regiuni geografice care conțin în ele comori fabuloase. *D. depresiv,* formă particulară de D. afectiv, în care bolnavul este cufundat într-o adîncă tristețe. Tematica acestui D. este corespunzătoare stării emoționale și se manifestă sub formă de autoacuzare, umilință, ruină etc. *D. disimulat.* v. D. ascuns. *D. de enormitate* face parte din triada delirantă a sindromului Cotard (vezi) și se caracterizează prin afirmarea unor exagerări cum ar fi spre ex. faptul că trebuie să țină mîna întinsă spre a sprijini întreg globul pămîntesc, care altfel s-ar distruge, sau că își reține urina spre a nu inunda cu ea pămîntul. *D. de epuizare* (Chaslin) este o formă clinică de confuzie mintală apărută în boli infecțioase și întîlnită împreună cu alte tulburări ca: inaniția, astenia, apatoabulia. *D. erotoman, sin. 1). Erotomanie,* după Esquirol care a preluat termenul de la Clérambault, acest D. se suprapune de fapt cu noțiunea de psihoză pasională în care trăsătura esențială o constituie convingerea bolnavului de a fi iubit de persoane de obicei celebre (artiști, savanți etc.). În evoluție se observă o fază incertă de speranțe și căutări, urmată de o fază de învrăjbire, de necaz care trece în faza de ură, cînd bolnavul din contemplativ devine agitat, violent, amenințînd și chiar atacînd persoana în cauză (Benoit). 2). Orice fel de dragoste pasională morbidă (Marchais). *D. de exhaustiune.* D. care survine pe o stare generală de areactivitate, de epuizare a organismului (Predescu). *D. expansiv.* Orice formă delirantă care produce o supraapreciere a propriei persoane, de așa manieră încît bolnavul se crede mult mai puternic, mai bogat sau cu însușiri deosebite. *D. experimental, sin. D. farmacogen* (Huber) este un D. produs de psihotrope halucinogene și denumit astfel întrucît poate fi reprodus în condiții de laborator. *D. fantastic.* Bolnavul își bazează întreaga construcție delirantă pe teme luate din imaginar. *D. farmacogen.* v. D. experimental. *D. febril, sin. D. infecțios.* Sindrom caracterizat prin tulburări de conștiință, împletite cu idei delirante, halucinatorii, iluzii, produs de unele boli infecțioase, care determină în același timp o

Scanned with CamScanner

stare generală alterată cu hipertensiune, transpirații etc. *D. de filiație,* bolnavul se crede descendentul unor celebrități, a unor mari creatori, renegîndu-și propria biografie și nerecunoscîndu-și familia. *D. de gelozie,* falsa convingere în infidelitatea partenerului manifestată printr-o atitudine de suspiciune, de interpretare eronată și chiar de acțiuni agresive. *D. genealogic* este un D. retroactiv, caracterizat prin alcătuirea unui adevărat arbore genealogic în care se găsesc persoane celebre, artiști, scriitori, compozitori etc. *D. de grandoare,* bolnavul crede că este posesorul unor averi uriașe, a unor comori, a unor palate etc. *D. de graviditate* (Toulouse, Marchande), indiferent de sex, bolnavul sau bolnava se crede însărcinată și face pregătiri pentru copilul care urmează să se nască. *D. hipocondriac.* Bolnavul trăiește dramatic convingerea sa fermă în faptul că suferă de o boală gravă, incurabilă; insistă, solicită tot felul de consultații spre a-și face rost de medicamente, colindă spitalele și este neîncrezător în toți cei ce vor să-i demonstreze că nu suferă de boala pe care el presupune că o are. *D. de imaginație* (Dupré, Logre) bazat pe fantezie. D. se construiește din fapte și acțiuni care nu au nici un suport real. După unii autori (Marchais), în acest model delirant se păstrează capacitatea unei activități cvasinormale, delirul nestînjenind decît în mică măsură („de sector") existența reală a bolnavului. *D. de imortalitate,* face parte din sindromul Cotard (vezi). Bolnavul este convins că va trăi veșnic spre a-și ispăși toate păcatele grele comise. *D. de importanță* (Ghiliarovski). Bolnavul își asumă profesii sau ranguri, care pretinde să-i fie recunoscute de cei din jur: dă ordine, se comportă cu o demnitate exagerată, se îmbracă deosebit, devine ostentativ. *D. închistat.* Are o tematică simplă monoideică, persistentă și față de care convingerea bolnavului este de obicei șovăielnică. *D. indus* (Lasègue, Falret), prezența ideilor delirante simultan la cel puțin două persoane de cele mai multe ori afectiv foarte legate între ele. Adevăratul delirant (inductorul) reușește să convingă și implicit să transfere propriile convingeri eronate și celeilalte persoane (indusul) care-l încurajează și susține (v. CONTAGIUNEA MINTALĂ). *D. infecțios.* v. D. febril. *D. de influență* se manifestă prin falsa convingere a bolnavului că se află în permanență supravegheat de cineva, observat, că cei din jur îl pot dirija și îi impun ce să facă și cum să acționeze. *D. infralogic,* se bazează pe teme imaginare și este dominat de o gîndire timo-afectivă (Marchais); este frecvent însoțit de tulburări de limbaj, relevate de expresii proprii și greșeli gramaticale. *D. de interpretare* (Sé-

Scanned with CamScanner

rieux, Capgras). Bolnavul dă o altă semnificație (personală și tendențioasă) tuturor evenimentelor, pe care le urmărește la radio, T.V. în ziare, pe stradă etc.; crede că se vorbește despre el, se fac propuneri și aluzii la persoana sa, se pun la cale acțiuni împotriva sa etc. În această formă de D. lipsesc halucinațiile și tulburările de conștiință. Tema are tendința să se organizeze și poate evolua spre un D. de persecuție. *D. intuitiv*, apare exploziv, invadează persoana, bolnavul simte că dintr-o dată i-au fost arătate „adevăratele" semnificații ale acțiunilor, ale vieții sale. *D. de invenție.* Bolnavul solicită cu insistență să i se recunoască „contribuțiile": noile și originalele mașini, aparate, preparate etc., pe care le-a conceput sau schemele și planurile care dorește să fie traduse în practică și cere să fie recompensat pentru ele. *D. de involuție.* D. care apare în perioada dintre climax și bătrînețe (Marchais). *D. lucid.* Formă de D. fără tulburări de conștiință și fără modificări de logică formală. *D. macromaniacal, sin. macroptic. D.* este *dublat de halucinații* iar dimensiunile obiectelor apar mult mărite, căpătînd chiar proporții uriașe uneori. (Predescu). *D. macroptic, sin. macromaniacal. D. de mărire.* Bolnavul are convingerea că este o persoană însemnată, că are putere asupra celorlalți cărora le dă ordine, le poruncește etc. *D. mascat, sin. ascuns* (v. D. disimulat). *D. megalomanic,* de hipertrofie a propriei personalități; bolnavul își atribuie calități remarcabile, se crede înzestrat cu talent, un adevărat geniu. *D. metabolic, sin. de metamorfoză* sau de transformare. Tema centrală o constituie ideea transformării sale, a modificării propriului corp, sex, statură, înfățișare, într-un alt om cu altă semnificație și cu alt rol și profesie. *D. de metamorfoză, sin. metabolic* sau de transformare. *D. metafizic, sin. cosmogonic. D. micromaniacal, sin. microptic.* Delir însoțit de halucinații cu proporții reduse (Predescu). *D. microptic, sin. micromaniacal. D. mistic, sin. religios, teomanie.* Țesătura D. este de inspirație biblică (apar profeți, îngeri, diavoli etc.). Vorbirea este presărată cu texte din cărțile bisericești. *D. mixt. v. D. combinat. D. musitant, sin. carfologie* (v. CARFOLOGIE). *D. de nedemnitate, sin. umilință.* Bolnavul refuză orice fel de îngrijire din partea celor din jur considerîndu-se nevrednic de compasiunea și atenția celorlalți. *D. de negație.* Se întîlnește în sindromul Cotard și se caracterizează prin convingerea bolnavului că întregul său organism a intrat în putrefacție sau că anumite aparate sau organe nu mai funcționează. *D. nesistematizat.* Ideile delirante sînt fugace și pot avea tematici diferite; lipsește angajarea într-o argumentare puternică și

Scanned with CamScanner

consecventă, fapt ce permite bolnavului să treacă cu ușurință de la un model D. la altul. *D. nihilist* face parte din delirele care se dezvoltă în depresie, melancolie și constă din convingerea bolnavului în distrugerea, fărîmițarea lumii și implicit a propriei existențe. *D. oniric* (Régis) apare în episoadele confuzionale și se caracterizează printr-o adevărată stare de vis cu ochii deschiși. *D. oniroid* (de Clérambault). Stare de obnubilare moderată însoțită mai ales de halucinații vizuale și auditive. *D. organic.* Formă de D. ce apare mai ales în cadrul unui proces organic cerebral (Marchais). *D. de otrăvire.* Bolnavul este atent și controlează după un sistem propriu toate alimentele și lichidele, trăind cu convingerea că dușmanii săi îl vor extermina punîndu-i otravă sub o formă sau alta în mîncare sau băutură. *D. palingnostic* (Sivadon). Bolnavul este surprins de faptul că totul a mai fost trăit de el, că se repetă situații și persoane, cu toate că de fapt le întîlnește pentru prima dată. *D. paranoic.* Sistem delirant organizat în care sînt angrenate pretexte și dovezi, interpretări și deducții, care au o mare semnificație și vizează într-un fel sau altul să-l împiedice să trăiască liber. *D. paranoid.* Structură delirantă în care bolnavul se crede victima dușmanilor; aici D. este împletit cu halucinații, iluzii, false recunoașteri, deducții eronate — producții patologice față de care critica bolnavului nu mai acționează. *D. pasional.* Se bazează pe o puternică trăire afectivă (dragoste, gelozie), de unde izvorăsc ideile de interpretare, relație, influență etc. *D. de persecuție* (Lasègue). Bolnavul este ferm convins că are dușmani care îl hărțuiesc, îl spionează, îi fac fel și fel de necazuri, îl împiedică să se realizeze, atît socio-profesional cît și familial. *D. polimorf* se caracterizează printr-o multitudine de idei nesistematizate, haotice; acest D. poate să dispară subit sau după mai multe recidive să se cronicizeze (Marchais). *D. posesiv* (Sivadon). Bolnavul se simte condus de forțe oculte care îi imprimă un anumit comportament, îi ordonă o anumită conduită. *D. de prejudiciu* are drept temă caracteristică frica și nesiguranța, din care rezultă ideile că ar fi fost jefuit, prădat, furat, chiar și de prieteni sau rude. *D. primar* (Griesinger), denumit altă dată monomanie intelectuală (Snejnewski), se caracterizează printr-o convingere aberantă și înțelegere eronată a întregii ambianțe. Este un D. sistematizat, stabil și cu tendință de a progresa. *D. procesiv, sin. revendicativ* (Sivadon). Țesătura delirantă se bazează pe convingerea bolnavului în nedreptatea flagrantă suferită pe care caută pe toate căile și prin toate mijloacele să o înlăture. *D. profesional* apare

Scanned with CamScanner

mai ales în episoadele confuzive alcoolice şi se caracterizează prin continuarea stereotipurilor legate de exercitarea meseriei (mecanisme postvoluntare). *D. profetic.* Bolnavul se crede chemat să prezică, întîmplări care se vor realiza într-un viitor mai apropiat sau mai îndepărtat, să intervină în viaţa oamenilor etc. *D. psihastenic* (Janet). Interferenţe în ambele sensuri între ideea obsesivă şi ideea delirantă împletite sau nu cu halucinaţii. *D. psihomotor* (Guiraud). Gînduri verbalizate care sînt expuse de bolnav ca venind din afara persoanei sale. După Guiraud este un model intermediar de modificări cognitive situat între o halucinaţie auditivă şi un D. de influenţă. *D. reformator.* Bolnavul doreşte să schimbe după propria sa concepţie organizarea, orînduirea şi funcţiunea unor instituţii, uzine, state. *D. de relaţie.* Bolnavul crede că prietenii, rudele sau familia şi-au schimbat atitudinea faţă de el şi toate acţiunile lor capătă o altă semnificaţie decît aceea pe care ei o afişează în prezenţa sa. *D. religios, sin. mistic, teomanie* (vezi D. mistic). *D. retroactiv* (Sommer), *sin. retrospectiv* (Sivadon), îşi plasează tematica în trecut unde caută explicaţii pentru evenimente ce se petrec cu el acum şi pe care nu le poate altfel înţelege. *D. revendicativ, sin. procesiv* (vezi D. procesiv). *D. rezidual.* Sechele delirante postconfuzive de obicei de tip interpretativ sau paranoid. *D. de ruină* face parte din D. din melancolie şi se caracterizează printr-o viziune catastrofală a lumii în plină descompunere, degradare. *D. în sector,* nu are un caracter invadant, astfel că bolnavul poate duce o existenţă paralelă pe plan real şi delirant, cum se întîmplă în parafrenie. *D. secundar* apare în PGP după malarioterapie sau după un alt tratament (Marchais). După Hüber este o formă particulară de D. dezvoltată în urma trăirilor halucinatorii sau a unor stări onirice. *D. senil* apare la vîrstă înaintată, este monoton, sărac, deseori incoerent, absurd. *D. senzitiv de relaţie* (Kretschmer) sau paranoia senzitivă, prototip structural format dintr-un amalgam de idei de relaţie, interpretare şi influenţă. *D. senzorial.* După Snejnewski este un D. împînzit cu tulburări psihosenzoriale (iluzii, halucinaţii), care are un aspect spectacular fiind dominat de producţii imaginare şi de vis. Bolnavul este pasiv, anxios, şi acţionează în mare măsură ca un automat. *D. sistematizat* este, după Marchais, o adevărată construcţie intelectuală morbidă de idei delirante bine organizate, astfel că fac impresia unui ansamblu relativ coerent. Acest D. poate fi susţinut de bolnav cu argumente mai mult sau mai puţin logice. *D. sistematizat halucinator, sin. parafrenie.* (v. PARAFRENIE). *D. sis-*

Scanned with CamScanner

tematizat nehalucinator, sin. paranoia (v. PARANOIA). *D. de situație* (Lévy-Valensi), bolnavul, cu ajutorul producțiilor imaginare, trăiește o altă stare civilă decît realitatea, de fapt, după unii autori, acest D. poate fi asimilat cu D. de filiație (vezi). *D. teomanie, sin. D. mistic* (vezi D. mistic), sin. religios. *D. de transformare.* Modificări de schemă corporală trăite cu convingerea că întregul său corp sau o parte din el ia o altă înfățișare (mai bună, mai rea). *D. de umilință, sin. delir de nedemnitate. D. de urmărire.* Bolnavul bănuiește pe cei care se află în jurul său sau pe cei pe lîngă care trece că îl spionează, îl observă și astfel nu este lăsat niciodată liber sau singur să facă ceea ce dorește. D. de urmărire al surzilor (Kraepelin), la hipoacuzici apare tendința de interpretare, datorită susceptibilității ceea ce poate duce la convingerea delirantă a unei supravegheri. *D. vindecabil* (H. Ey). Bufeu delirant oniric, de obicei de origine infecțioasă, cu reversibilitate totală a fenomenelor psihopatologice. *D. de vinovăție.* v. D. de autoacuzare. *D. zooantropic.* D. de transformare a bolnavului în animale (frecvent întîlnit în evul mediu sub influența ideilor religioase). *D. xenopatic,* idei de ură, de intransigență față de oameni cărora le atribuie intenții rele, periculoase. (7)

DELIR ACUT AZOTEMIC. A fost descris inițial ca D. acut idiopatic de Calmeil, care l-a considerat o formă particulară a stărilor confuzionale. *Etiopatogenie.* Boala este rară și cu predilecție pentru sexul feminin. Poate debuta pe fondul unei psihoze infecțioase, a unei psihoze endogene (de ex. manie acută) sau, mai obișnuit, în plină sănătate aparentă. Marchand și Courtois denumesc boala, encefalită psihotică azotemică acută, pe baza existenței leziunilor encefalitice de tip degenerativ, și o consideră ca o reacție disproporționată, somato-encefalică a SNC în fața unor agresiuni diverse, asemănătoare reacțiilor alergice. Debutul este brutal, precedat sau nu de o fază prodromală asemănătoare unei confuzii obișnuite; de obicei boala debutează cu o stare depresivă, cu anxietate, cefalee, lipotimii, hipertermie, tulburări de conștiință și bolnavul intră rapid în perioada de stare. În această fază tabloul clinic este dominat de o intensă agitație confuzională, cu caracter permanent, manifestată prin mișcări dezordonate, stereotipii gestuale, incoerența ideo-verbală, scene onirice terifiante. Starea generală se alterează în continuare, febra poate depăși 41°C, fiind de origine centrală prin atingerea centrilor termo-regulatori diencefalici; sitiofobia și oliguria sînt simptome caracteristice. Din cauza febrei mari, a agitației și lipsei de aport hidro-

Scanned with CamScanner

energetic, bolnavul se deshidratează rapid, iar constantele biologice se modifică; caracteristică este creşterea azotemiei care trece de 1 g‰ (azotemie extrarenală). Diagnosticul pozitiv se face pe baza debutului brusc, a modificării conştiinţei, a febrei ridicate şi azotemiei. Diagnosticul diferenţial cu alte stări confuzionale, se face uşor prin existenţa hiperazotemiei. Evoluţia este gravă, boala de multe ori evoluează supraacut, sfîrşind letal în 2—3 zile. Astăzi, datorită metodelor terapeutice moderne, prognosticul s-a ameliorat mult, dar rămîne totuşi grav. *Tratament.* D.A.A. reclamă instituirea unui tratament de urgenţă care are ca obiective principale combaterea hipertermiei, restabilirea constantelor biologice şi asigurarea unui aport energetic corespunzător. Combaterea febrei se face prin administrarea de antipiretice (în supozitoare) sau se poate recurge la metoda împachetării în cearceafuri umede. Restabilirea echilibrului hidroelectrolitic se face prin administrare de soluţii glucozate şi saline, conform ionogramei; pentru prevenirea infecţiilor intercurente se administrează şi antibiotice cu spectru larg. (2)

DELIRIUM TREMENS. Considerat ca un accident al alcoolismului cronic, D.T. constituie unul din aspectele cele mai dramatice ale psihozelor alcoolice, care prin gravitatea sa reclamă instituirea unor măsuri terapeutice urgente şi adecvate. Frecvenţa lui poate atinge 8—10% din totalul cazurilor de alcoolism cronic spitalizate. Termenul de D.T. se păstrează de la Sutton (1812) şi subliniază două din aspectele esenţiale ale bolii: starea confuzo-delirantă şi tremurăturile. Magnan (1893) delimitează D.T. de confuziile mintale, insistînd asupra tulburărilor somatice foarte exprimate din D.T. ca: febra ridicată şi fenomenele neurovegetative (tremurături, roşeaţă, transpiraţii, tahicardie). *Patogenia.* D.T. a rămas pînă astăzi incomplet elucidată. Primele încercări de explicare le fac Marchand, Toulouse şi Courtois (1939) prin introducerea conceptului de encefalită psihotică acută alcoolică, demonstrînd caracterul organic al bolii pe baza leziunilor anatomopatologice difuze, de tip toxico-degenerativ. Recent ipotezele patogenetice se grupează în jurul următorilor factori: a). Consumul excesiv şi îndelungat de băuturi alcoolice. O bună parte din cazurile de D.T. (cca 30%) debutează în urma unei impregnări masive, probabil prin exacerbarea dereglărilor metabolice şi hidroelectrolitice existente în alcoolismul cronic; b). Terenul somatic şi psihologic. S-a insistat în mod deosebit asupra dereglării funcţiei de detoxifiere a ficatului, considerîndu-se boala ca o autointoxica-

Scanned with CamScanner

ție (Quedoux, Borgues), întrucît produșii toxici care rezultă din catabolismul alcoolului, ar acționa electiv asupra creierului care constituie un loc de minimă rezistență. Coirault și Laborit găsesc o scădere a adeninei, care, prin rolul jucat în sinteza coenzimei I și II, perturbă procesele oxidative și catabolismul alcoolului, provocînd acidoză și un important dezechilibru hidroelectrolitic. Davis și colaboratorii arată că alcoolul împiedică dezaminarea oxidativă a aldehidelor intermediare rezultate din catabolismul serotoninei și noradrenalinei. Hiperexcitabilitatea neuro-musculară existentă se datorește modificărilor echilibrului de membrană care produce alterări bioelectrice și exagerarea tonusului centrilor diencefalici. Acțiunea directă a alcoolului și cataboliților săi asupra neuronilor realizează ceea ce Sharpless denumea hiperexcitabilitate prin denervare farmacologică. c). Factorii externi pot interveni ca factori patogenetici declanșatori. Dintre aceștia traumatismele, infecțiile (în special cele acute) intervențiile chirurgicale sau stress-urile psihice, acționînd pe terenul modificat al alcoolismului cronic, pot declanșa D.T. d). Sevrajul este un factor frecvent incriminat în declanșarea D.T. prin dereglările bioumorale brutale pe care le produce asupra unui metabolism oarecum adaptat la impregnarea alcoolică. Issbel constată că reducerea dozelor ingerate zilnic cu numai 40—50% este urmată de scăderea alcoolismului la zero și apariția fenomenelor de sevraj. Debutul se produce de obicei brusc; uneori poate fi totuși anunțat de o fază prodromală manifestată prin insomnii, transpirații, tremurături, neliniște, anxietate, mai exprimate în cursul nopții. Curînd însă apare obnubilarea și tulburările de percepție, însoțite de agitația psihomotorie care ajunge să domine tabloul clinic. Sînt dominante iluziile și halucinațiile vizuale, deși nu lipsesc cele tactile, auditive sau kinestezice. Un loc important îl ocupă de asemenea zoopsiile, bolnavul vede diferite animale, mai ales șoareci, șobolani, broaște, șerpi, insecte respingătoare, care se tîrăsc prin cameră, în pat sau chiar pe corp. Tulburările psihice au loc pe fondul unei stări de conștiință modificată de tip confuzo-oniric în care iluziile, halucinațiile sînt intricate cu elemente perceptive reale, contribuind la realizarea unor scene asemănătoare visului; ele au un caracter instabil, trecînd ușor de la una la alta, sau succedîndu-se cu repeziciune. Bolnavii nu mai recunosc ambianța și persoanele din jur; se întîlnesc frecvent false recunoașteri și false orientări precum și delirul profesional, bolnavul mimînd sau desfășurînd o activitate asemănătoare cu cea de la locul de muncă. Comportamentul bol-

Scanned with CamScanner

navilor depinde în mare măsură de conținutul și intensitatea tulburărilor de percepție și a scenelor onirice; cînd halucinațiile sînt terifiante și scenele amenințătoare, bolnavul țipă, strigă, se agită și caută să se apere de animale sau de presupușii agresori. Sînt și cazuri în care bolnavii pot deveni periculoși pentru cei din jur. Există cazuri de D.T. în care bolnavii sînt liniștiți, mai ales cînd conținutul halucinațiilor nu este terifiant sau cînd acesta devine plăcut, amuzîndu-l. Dispoziția este oscilantă și, în mare măsură, funcție de conținutul producțiilor psihopatologice. Predomină totuși o stare de anxiestate care atinge uneori intensități paroxistice, iritabilitate, instabilitate emoțională. Somnul este profund alterat, instalîndu-se de obicei o insomnie rebelă. Uneori pe baza tulburărilor de percepție, bolnavul dezvoltă un delir paranoid secundar, care însă este inconstant și slab sistematizat. Condiția somatică a bolnavului în perioada de stare este deosebit de alterată: există fenomene vegetative exprimate, o roșeață a tegumentelor, cu transpirații abundente. Tremurăturile sînt generalizate, dar mai exprimate la extremitățile superioare și la limbă. Febra nu lipsește niciodată, în cazurile grave, ea urcînd pînă la 40—41°C. Pulsul este accelerat. TA. crescută, iar în cazurile cu o evoluție severă poate scădea brusc, existînd pericol de colaps. Alimentația bolnavului este de obicei dificilă, din această cauză limba este saburală, încărcată, bolnavul exalînd o halenă caracteristică. Consumul mare energetic, cauzat de agitația psihomotorie și de deshidratare, duce la o pierdere însemnată în greutate. Examenul somatic pe aparate evidențiază aproape în toate cazurile hepatomegalie, sensibilă la palpare, sau chiar un ficat cirotic. *Examenul de laborator.* Din cauza perdiției hidrice și a aportului scăzut, există o hemoconcentrație cu creșterea hematocritului, dar fără o modificare semnificativă a punctului delta crioscopic. Dozarea electroliților relevă o scădere a ionilor de K (sub 150 mg‰), în timp ce ionii Cl și Na sînt puțin modificați; rezerva alcalină scade în jur de 45 volume ‰; proteinele totale sînt crescute odată cu creșterea electivă a globulinelor. Azotemia poate arăta fie valori ridicate, fie apropiate de normal. Probele de disproteinemie hepatice sînt întotdeauna prezente, cu o creștere a valorilor transaminazelor și o scădere a protrombinemiei, expresie a insuficienței hepatice. *Diagnosticul* nu ridică probleme mari, mai ales în prezența unui tablou psihotic confuzo-oniric cu halucinații zoopice și o alterare gravă a stării somatice, care a debutat relativ brusc la un alcoolic cronic. *Diagnosticul diferențial* va avea în vedere delirul acut azotemic, dacă valorile

Scanned with CamScanner

azotemiei sînt crescute. Etiologia alcoolică, particularităţile tabloului clinic şi evoluţia tranşează însă problema. Kolb insistă asupra diagnosticului diferenţial între o comă hepatică de etiologie alcoolică şi D.T. Deşi există suficiente elemente de diferenţiere, confundarea comei hepatice cu un D.T. ar avea grave consecinţe pe plan terapeutic. Evoluţia generală a D.T. urmează calea spre vindecare în 3—7 zile, terminarea episodului fiind marcată de un somn profund, după care conştiinţa se clarifică şi halucinaţiile dispar. Bolnavul poate avea o amnezie totală sau parţială a episodului. Evoluţia se poate face însă şi spre o psihoză Korsakov sau o encefalopatie Gayet-Wernicke. *Prognosticul* depinde în mare măsură de precocitatea şi calitatea terapiei instituite, dar şi de vîrsta şi starea somatică a bolnavului. La bolnavii cu cardiopatii, cu ciroze hepatice sau cu nefrite grave, prognosticul este întotdeauna rezervat. Mortalitatea prin D.T. se menţine în jur de 5%. principalele cauze de deces fiind insuficienţa cardiacă şi pneumonia prin infecţie intercurentă. *Anatomie patologică.* Examinările macroscopice evidenţiază un meninge congestionat, consecinţă a impregnaţiei alcoolice cronice, piamater fiind mai îngroşată, de aspect lăptos şi uneori cu hemoragii punctiforme. Yamashita descrie uşoare atrofii ale lobului frontal şi un edem cerebral difuz. Microscopic se observă o degenerescenţă (intumescenţă tulbure) a neuronilor atît în cortex cît şi în diencefal. În nucleii bazali apar leziuni de micronecroză cu neuronofagie şi modificări vasculare care constau în proliferarea şi tumefierea endoteliului; uneori se pot observa microhemoragii perivasculare. *Tratament.* D.T. constituie o urgenţă psihiatrică la care se va institui o terapie precoce şi intensivă care va viza combaterea agitaţiei psihomotorii (imperativ major), realizată prin: a). Administrarea de alcool, atunci cînd sindromul somatic este foarte exprimat sau debutul s-a făcut prin sevraj. Se administrează 50—100 ml băuturi alcoolice concentrate în prima zi, apoi doza se reduce treptat şi băutura se suprimă în 2—4 zile. Cînd bolnavul nu se alimentează per os, se poate injecta alcool în soluţie glucozată i.v. b). Medicaţia psihotropă. Butirofenonele sînt considerate medicamentele de elecţie datorită efectelor lor halucinolitice şi sedative. Se administrează haloperidol, 5—15 mg/zi i.v. sau i.m. pînă la obţinerea sedării. Cu bune rezultate se pot utiliza şi fenotiazinele, în special clorpromazina injectabilă (Plegomazin), în doze de 200—300 mg/zi. Rezultate deosebit de favorabile în tratamentul D.T. se obţin prin administrarea de meprobamat i.v., 400 mg din 4 în 4 ore pînă la obţinerea unei

Scanned with CamScanner

bune sedări, doza zilnică depășind chiar 2000 mg fără risc. Prevenirea edemului cerebral; în cazurile cu agitație psihomotorie mare, se va realiza prin administrarea $MgSO_4$ 25%, i.v., 1—2 fiole pe zi, apoi se continuă, prin administrarea i.m. sol. 12,5%, 1—2 fiole pe zi. Tot în acest scop se administrează și sol. hipertonică glucozată 33—40% i.v., 100—200 ml pe zi. Restabilirea echilibrului hidro-electrolitic se va face conform ionogramei. Pînă atunci se administrează: glucoză 33% i.v., 100—200 ml/zi, glucoză 5%, în perfuzie, 1000—2000 ml/zi, în ritmul de 300 ml/oră; se poate crește pînă la 2000 ml/zi în zilele următoare pînă la reluarea alimentației pe cale naturală. Combaterea hipertermiei este absolut necesară cînd aceasta depășește 38°C. Se face prin administrarea de piramidon în supozitoare, 3 ori 1 pe zi, eventual împachetări în cearceafuri umede (în cazurile în care febra nu cedează la antipiretice). Reducerea tulburărilor metabolice — prin administrarea de vitamine B_1+B_6 100—200 mg/zi; acestea intervin în mecanismele oxidoreducătoare, în metabolismul hidraților de carbon și joacă un rol important în restabilirea cronaxiei. Se mai administrează vitamina C 500—1500 mg/zi, vitamina PP 5—10 mg/zi. Vitaminele se injectează parenteral, eventual în perfuzie. Pentru protejarea leziunilor hepatice, se administrează extracte hepatice, neohepar 1—2 f pe zi, mecopar, metionină. Tratamentul tulburărilor cardio-respiratorii se face prin analeptice cardiace, centrale și periferice (strofantină, la nevoie pentetrazol, 1—2 fiole pe zi); analeptice respiratorii: micoren, 1—2 fiole pe zi, după caz. Este important să se mențină TA maximă peste valoarea de 80 mmHg, cifră ce reprezintă debitul minim de filtrare renală. Sub această limită apare rinichiul de șoc; antibiotice la nevoie pentru prevenirea infecțiilor intercurente (penicilină sau antibiotice cu spectru larg). *Contraindicații.* Se va evita administrarea barbituricelor în cazul impregnației alcoolice datorită efectelor de potențare asupra alcoolului și cu efect deprimant asupra centrilor cardio-respiratori, cu pericolul apariției stărilor de colaps. În impregnațiile alcoolice masive administrarea psihotropelor se va face cu prudență, sub controlul permanent al TA. (2)

DEMENȚA. Sindrom caracterizat prin prezența unui grup de simptome ce exprimă un proces de destructurare și deteriorare a funcțiilor psihice global, progresiv și ireversibil. Dezorientarea temporo-spațială, amnezia, obtuzia, confabulația și neliniștea psihomotorie fiind elementele diagnostice mai importante. Descrisă și studiată de Pinel, Esquirol, Georget, D. a

Scanned with CamScanner

cîştigat în „conştiinţă“ pe plan etiopatogenetic, odată cu descoperirea substratului organic al P.C.G. (Bayle 1822) şi a fost completată cu noţiuni de etiologie şi evoluţie subliniate de Baillarger, Chaslin şi Regis care au delimitat tablourile demenţiale de cele confuzionale. Cercetarea substratului anatomopatologic în care se spera găsirea explicaţiei a decepţionat în mare măsură, pentru că leziunile sînt variabile, neuniforme, iar la unele tipuri de D., cu totul neconcludente. În general se găsesc leziuni degenerative (D. senilă şi presenilă), leziuni vasculare şi perivasculare (D. arteriopatice) şi leziuni inflamatorii (în D. encefalitică, toxică). *Simptomatologie.* D. debutează lent, insidios prin dismnezie (de fixare şi evocare), disprosexie, dezorientare auto şi allopsihică, indiferenţă sau nelinişte, psihorigiditate, dificultate marcată în realizarea asociaţiilor ideice şi autocritice, insomnii, false recunoaşteri, confabulaţii etc. În plus mai apar şi semne neurologice sau de suferinţă somatică. *Diagnosticul diferenţial.* Criteriile mai importante sînt instalarea rapidă a degradării cognitive, prezenţa onirismului, prevalenţa dezorientării şi starea somatică alterată. După stabilirea diagnosticului de D. se încearcă încadrarea nozografică. Din acest punct de vedere se descriu: *D. alcoolică,* ce apare în alcoolismul cronic (după 15—20 ani de consum) şi este caracterizată prin prezenţa disartriei, tremurăturilor la limbă şi extremităţi, prin euforie, tulburări de memorie (pseudoparalizia alcoolică progresivă) (v. ALCOOLISM CRONIC). *D. arteriopatică* se instalează progresiv în ASC, cu eclipse de conştiinţă, dismnezie. Bolnavul asistă neputincios la propria sa degradare psihică de unde şi starea depresivă. Mai apar simptome caracteristice sindromului pseudobulbar (rîsul şi plînsul spasmodic, disartrie, tulburări de deglutiţie şi fonaţie). Ictusul apoplectic poate încheia o astfel de evoluţie (v. ASC). *D. atrofică,* datorată unui proces degenerativ, are o apariţie mai precoce, de obicei în faza presenilă (v. D. ALZHEIMER şi PICK). *D. epileptică* se caracterizează prin adezivitate, bradipsihie, bradikinezie, apoi dismnezie, disprosexie, tulburări de gîndire, irascibilitate, explozivitate. (v. EPILEPSIE). *D. infantilă,* de origine puţin cunoscută; unii încadrează aici şi schizofrenia infantilă şi D. organică, postinfecţioasă, metabolică sau toxică. În primul grup, T. Heller (1909) descrie o dezorganizare psihică progresivă, tulburări de limbaj, agitaţie, paralizii. *D. lacunară* este o D. vasculară (v. ASC). *D. organică* descrisă de Comby (1907). Apare în urma unor neuroinfecţii, leucoencefalite etc. Semnele neurologice şi neurovegetative sînt prezente (mai ales extrapiramidale). *D. parali-*

Scanned with CamScanner

tică, determinată de sifilisul cerebral, se caracterizează prin puerilism, sugestibilitate, tulburări de memorie, idei delirante absurde de grandoare sau de negație. Neurologic: disartrie, tremurături la membrele superioare, la limbă, la buze, anisocorie (semnul lui Argyle Robertson), hipotonie musculară etc. Serologic RBW pozitivă (în LCR) (v. SIFILIS NERVOS). *D. paranoidă* caracterizată de Kraepelin prin existența unui delir nesistematizat destul de bogat, cu teme fantastice de transformare corporală, cosmogonice etc. *D. precoce*, în realitate este o pseudo-D., care apare în cadrul schizofreniei. *D. precocissima* — Sancte de Sanctis (1906) — este o formă de schizofrenie care apare la copii, manifestîndu-se prin comportament bizar, neadecvat, disociație a gîndirii, interiorizare, izolare etc. *D. presenilă*, formă atrofică de demență cu anumite particularități clinice și anatomopatologice (v. ALZHEIMER și PICK). *D. senilă;* tulburările demențiale apar după 65 ani și sînt globale, progresive și ireversibile (v. DEMENȚA SENILĂ). *D. pugilistică*, sau a boxerilor, este o formă de D. postraumatică, consecință a loviturilor primite. Apar și simptome neurologice de tipul disartriei, extrapiramidale, fruste etc. *D. talamică*, caracterizată prin tulburări masive de memorie și de atenție, indiferentism, apatie, bradipsihie etc. Apare în context etiologic diferit (vascular, tumoral). Leziunile sînt localizate în nucleii dorso-mediani, formațiile intralaminare etc. *D. toxică* — în intoxicațiile cu Co, Pb etc., apar simptomele unei grave deteriorări mintale, cu evoluție progresivă; sînt evidente simptomele caracteristice intoxicației respective. *P. traumatică*, se instalează după un tr.cr.cr. grav, cu stări comatoase prelungite, în 1—2,5%. D. posttraumatică se caracterizează prin evoluție în puseuri, timp îndelungat, pe lîngă un deficit intelectual moderat sau chiar ușor; pe prim plan sînt modificări de caracter și comportament. Frecvent D. debutează prin tulburări de memorie, de atenție și de caracter, pentru ca ulterior să se instaleze fenomenele de degradare intelectuală, de indiferență afectivă cu crize de furie, neliniște, violență, incoerență verbală etc. *D. vezanică*, formă care apare în cadrul unor boli psihice; este mai mult o pseudo-D. întrucît adesea tulburările demențiale au o evoluție reversibilă. (4)

DEMENȚA PRECOCE. v. SCHIZOFRENIE

DEMENȚA SENILĂ. Stare psihopatologică caracterizată prin slăbirea globală, progresivă și ireversibilă a tuturor proceselor psihice. Ea apare drept consecință a unor leziuni organice cerebrale, evoluează spre cronicizare și exitus de obicei în

Scanned with CamScanner

urma unor infecții intercurente. Persoanele trecute de 60 de ani dau procentul cel mai ridicat; D.S. poate apare uneori mai repede (la 50 ani), în acest caz este încadrată în grupul D.P.S. (v. D. ALZHEIMER; D. PICK). Unii psihiatrii individualizează la această vîrstă așa-numitele demențe „vesanice" consecutive evoluției îndelungate și nefavorabile a unor psihoze endogene (ex. schizofrenie); în concepția altor autori în aceste cazuri se vorbește de pseudodemențe, întrucît lipsește caracterul progresiv agravant și destructiv propriu D.S. *Debut.* Principalele modalități de debut: a). Debutul lent, insidios și progresiv, manifestat prin accentuarea treptată a trăsăturilor de îmbătrînire; b). Debut subacut sau acut sub forma unei psihoze de involuție, melancolie, delir de prejudiciu, episoade confuzo-onirice etc; existența unui tablou depresiv la un vîrstnic nu presupune în mod obligatoriu evoluția spre D.S. *Perioada de stare.* Bolnavul se prezintă într-o ținută neglijentă, dezordonată, păstrează uneori o „fațadă" relativ îngrijită, formată din automatisme utile unei minime inserții socio-familiale. Ceea ce atrage atenția sînt însă tulburările mnestice, mai ales cele de fixare, în sensul că bolnavul nu reușește să rețină datele proaspete și de uz curent, uită repede ceea ce și-a propus să realizeze, nu reține fizionomii noi, repetă întrebările etc. Evocarea este și ea vizibil alterată, în cîmpul mnestic rămînînd cîteva fragmente de amintiri cu o mare încărcătură afectivă. Dezorientarea temporo-spațială este precoce și revelatoare. Bolnavul se rătăcește cu ușurință în spațiul altădată binecunoscut. Atenția labilă, nesusținută, contribuie la agravarea dificultăților de orientare și de engramare. Se remarcă o pierdere progresivă a fluidității mintale, cu sărăcirea lexicului, tendință la confabulații, scăderea remarcabilă a capacității de efort intelectual. Percepțiile sînt inexacte, adesea apar iluzii, tulburări de schemă corporală, tulburări de limbaj, unde predomină fenomenul de radotaj, perseverația și incontinența ideoverbală etc. În domeniul afectiv se instalează o labilitate emoțională care poate ajunge pînă la incontinența afectivă; diminuarea sentimentelor etice, egoism, suspiciune, depresie, anxietate. În sfera activității se remarcă alternanța stărilor de neliniște psihomotorie mai ales nocturnă cu cele de apatie și dezinteres diurn. Relativ frecvente sînt reacțiile imprevizibile, stările de agresivitate și impulsivitate, în parte determinate de dezinhibarea instinctelor erotice sau a tendințelor agresive instinctive. Ținuta devine bizară, neadecvată, precum și cu multe elemente de infantilism. Accentuarea unor trăsături de caracter și personalitate caracteristice aces-

Scanned with CamScanner

tei vîrste ca: ideile de prejudiciu, zgîrcenia, teama de nou, de schimbare, instabilitate etc. completează tabloul clinic. Simptomatologia somatică. Subliniind fragilitatea biologică a vîrstnicului, apare în aceste cazuri o sărăcire a simptomelor somatice. În general, se observă semnele unor insuficienţe organice, cu deosebire cardiovasculare, hepatice sau renale. De asemenea lipsesc semnele neurologice mai însemnate din grupa afazo-agnozo-apraxică, frecventă în demenţele presenile. Posibilităţile limitate de reacţie şi adaptare amplifică pericolul infecţiilor intercurente, precum şi al marilor decompensări somatice, ce reprezintă cauzele frecvente ale decesului. Rolul factorului arteriopatic, incriminat altă dată în etiopatogeneza bolii, este astăzi controversat; cercetările au arătat că scleroza arterială în D.S. nu este simţitor crescută faţă de aceea găsită la bătrînii normali. *Evoluţia.* D.S. evoluează progresiv spre starea de caşexie, durata este variabilă, în medie 3—5 ani, perioadă în care, pe fundalul demenţial, se suprapun episoade psihotice îndeosebi confuzo-onirice, stări delirante, stări melancoliforme sau de excitaţie maniacală. Sfîrşitul este consecinţa nu numai a stării de marasm fizic, ci mai ales a insuficienţei cardio-respiratorii acute, a unor infecţii intercurente (pneumonie, bronhopneumonie) sau a unei hemoragii cerebrale. *Anatomie patologică.* Macroscopic, frapează în primul rînd atrofia masei cerebrale a cărei greutate scade de la 1400 g la 1100 şi chiar sub 1000 g. Scoarţa cerebrală apare subţiată difuz, însă preponderent în lobii frontali şi temporali. Substanţa cenuşie, ca şi cea albă, diminuată, ventriculii laterali dilataţi, circumvoluţiile lărgite, meningele opac, lăptos şi cu o cantitate de LCR mai mare. Microscopic se descriu trei tipuri de leziuni: a). Plăci senile (Redlich-Fischer) care se prezintă sub forma unor mici mase argentafine, constituind „flocoane" de circa 50 microni diametru, formate din fibrile şi o masă amorfă avînd o localizare predilectă în scoarţa cerebrală (mai ales frontală) şi în cornul lui Ammon (Alzheimer, Urechia şi alţii). Originea este puţin cunoscută; unii histopatologi le consideră ca provenind din dezintegrarea dendritelor celulare, alţii din dezintegrarea celulelor ganglionare. Histochimic s-a pus în evidenţă o substanţă asemănătoare amiloidului (Moret, Wildi), Marinescu a demonstrat compoziţia lipoidică a plăcii senile, care este formată din fosfatide şi aminolipoizi. S-a remarcat de asemenea o creştere a activităţii enzimatice a plăcii senile. În acest sens s-a constatat hiperactivitatea unor enzime ca: dehidrogenaza lactică, malică, glutamică, succinică, citocromoxidaza (Friede). Creşte-

Scanned with CamScanner

rea activității fosfatazei acide indică o tulburare celulară care nu este de fapt decît o etapă dintr-o tulburare metabolică mai amplă. Microscopia electronică a evidențiat — în zona centrală a plăcilor senile — prezența unor mase fibrilare înconjurate de axoni și dendrite, care conțin neurofilamente și corpusculi; este posibil ca acești corpusculi să fie mitocondrii, fapt care ar explica creșterea activității oxidative enzimatice. Cercetări recente arată o profundă diseminare a plăcilor senile, care în cazurile grave au fost găsite în nucleii cenușii centrali și mai rar în putamen și pallidum. Ele au fost întîlnite și în hipotalamus, în tuberculii quadrigemeni, trunchiul cerebral și chiar în scoarța cerebeloasă. Scholz, sub numele de „drusige Entartung", descrie o leziune asemănătoare plăcii senile, pe care Morel o denumește „angiopatie dishorică". Placa este centrată pe un vas cortical, luînd forma alungită și constituind un veritabil manșon perivascular; ea este frecventă în cazurile grave de D.S. precum și în D. presenilă de tip Alzheimer, avînd o localizare mai ales occipitală. b). Leziunea intracelulară Alzheimer este o hipertrofie a rețelei neurofibrilare endocelulare; fibrilele se modifică, devenind voluminoase și ramificate. Acest tip de leziune, caracteristic dealtfel demenței Alzheimer, se localizează mai ales în straturile profunde ale scoarței lobilor frontali și temporali și mai puțin în lobii parietooccipitali. Prezența leziunii tip Alzheimer în D.S. — cel puțin într-un anumit număr de cazuri — l-a determinat pe Morel să delimiteze o așa-zisă D.S. alzheimerizată. c). Atrofia neuronală, însoțită de degenerescență granulo-pigmentară (Ramon y Cayal, Marinescu) este un alt tip de modificare histopatologică întîlnită în D.S.; atrofia interesează mai ales straturile moleculare corticale. Etiopatogenia este practic necunoscută; se discută o multitudine de factori de risc, de la ereditate și predispoziții pînă la infecții și intoxicații. Larson, Syögren, Iacobson atribuie D.S. unei eredități dominante, pe cînd alții (Constantinidis, Garrone, Ajuriaquerra) incriminează un model de transmisiune ereditar recesiv. În ultima vreme se insistă asupra factorilor generali fizici și psiho-sociali nocivi, care ar juca un rol însemnat în apariția D.S. cum ar fi: boli somatice cu evoluție prelungită cronică, boli intercurente, epuizare fizică, subalimentație, supraalimentație, intoxicații etc. Dintre factorii psiho-sociali fac parte: stressul, doliul, pensionarea, schimbarea mediului de viață, intoleranța grupului familial, însingurarea etc. Acești factori ar acționa într-o anume „constelație" care ar favoriza amorsarea demenței. *Forme clinice.* 1. D.S. simplă se caracterizează

Scanned with CamScanner

prin predominanța tulburărilor de memorie, cu tendința la confabulație, instabilitate emoțională, irascibilitate etc. Evoluție în general lent progresivă. 2). D.S. hipocondriac-melancolică: pe prim plan apar ideile de ruină, de culpabilitate și de prejudiciu, însoțite de o anxietate puternică, precum și de idei de tip hipocondriac, care merg uneori pînă la ideea de incurabilitate. Frecvent bolnavii se plîng de proasta funcționare a unor organe (intestine, inimă etc.) 3). D.S. maniaco-expansivă — tendința spre hiperbulie prevalează, pe fondul unei vizibile și marcate diminuări a discernămîntului. Bolnavii se prezintă într-o permanentă mișcare, manifestă dorința de a începe mereu lucruri „noi" (să învețe o nouă meserie, să se mute). Deseori se lansează în diferite afaceri riscante pentru condiția și posibilitățile lor reale. 4). D.S. paranoid-halucinatorie, atrage atenția elementul delirant și mai puțin cel halucinator. Ideile delirante apar pe fundalul psihologic al bătrîneții în care teama de necunoscut, de nou, de schimbare, de pierdere a unor „privilegii" ocupă un loc însemnat în viața individului. De aici rezultă o „opacitate" în înțelegerea actualității, precum și opoziția pe care o fac tinerei generații. Schimbarea devenită la un moment dat necesitate, este interpretată ca o imixtiune, ca un atentat asupra persoanei și bunurilor sale. Majoritatea ideilor delirante se axează pe tema frustrării-fizice sau moral-afective, a prejudiciului, a ruinei, sau a lipsei de iubire (delir de gelozie). 5). Presbiofrenia Wernicke (1906) se caracterizează prin amnezie masivă de fixare, dezorientare temporo-spațială, confabulație (ca o consecință a primelor două simptome) și degradarea intelectuală în general mai puțin exprimată față de alte forme de demență. Dispoziția adesea euforică, cu volubilitate, ce se păstrează timp mai îndelungat. Etiopatogeneza neelucidată. S-a încercat apropierea ei de bolile degenerative ale SNC (Spatz). Prin prezența amneziei de fixare, a confabulației și a falselor recunoașteri s-a discutat asemănarea și apartenența sa la psihoza Korsakov. *Simptome.* Bolnavii se prezintă într-o ținută îngrijită, sînt amabili; contactul verbal se stabilește cu ușurință. Presbiofrenia se întîlnește cu frecvență mai mare la sexul feminin. Tulburările de memorie apar precoce, sînt constante și de tipul amneziei de fixare. Dezorientarea temporo-spațială masivă transpare cu pregnanță în conversația cu bolnavul, care nu este capabil să dea răspunsuri corecte și corespunzătoare. Activitatea reflectă incapacitatea de orientare spațială, în special; bolnavul se rătăcește în propriul său apartament (nu mai găsește bucătăria, baia etc.). Pentru a suplini aceste grave la-

Scanned with CamScanner

cune mnestice şi de orientare temporo-spaţială, bolnavul confabulează, fie spontan fie cînd este chestionat asupra unor probleme. Conţinutul fabulaţiei este însă sărac şi adesea însoţit de paramnezii şi reminiscenţe onirice. Atenţia hipoprosexică, nesusţinută, fatigabilă, se completează nefericit cu amnezia de fixare, contribuind la „rătăcirea" bolnavului în timp şi spaţiu. Fondul intelectual deficitar. Uneori, ani de zile, pînă boala nu este prea avansată, se păstrează o „faţadă" psihologică, cu atît mai mult cu cît capacităţile de rezonanţă afectivă şi sentimentele etice sînt mai puţin alterate. *Anatomie patologică.* Examenele histopatologice nu descoperă leziuni caracteristice; leziunile degenerative, difuze şi plăcile senile sînt însă prezente, fapt care apropie presbiofrenia de D.S., deşi anatomopatologic există indicii care pun şi problema naturii arteriopatice. *Diagnosticul* pozitiv se bazează pe semnele de deteriorare mentală progresivă şi globală: — hipomnezia şi mai ales amnezia antero-retrogradă cu confabulaţie consecutivă şi false recunoaşteri, puerilism mintal senil etc; — dezorientare auto- şi alopsihică, scurte episoade confuzionale sau confuzo-onirice; — scăderea treptată a coeficientului fluidităţii intelectuale a psihoplasticităţii (asociaţii de idei sărace, timp de latenţă prelungit, diminuarea volumului lexical, motivaţie inadecvată, eficienţă intelectuală slabă etc.); perturbarea vieţii instinctivo-afective manifestată prin morozitate, instabilitate emoţională, anxietate, nelinişte, modificarea ritmului nictemeral, a instinctelor alimentar, sexual etc; — tulburări de conduită, diminuarea simţului critic şi autocritic, agitaţie psihomotorie, mai ales nocturnă, perseveraţie, stereotipii, agresiune, atentate sexuale, viol, exhibiţionism (debut medicolegal). *Diagnosticul diferenţial* ridică uneori probleme dificile, mai cu seamă la începutul evoluţiei şi în formele hipocondriac-melancolice, expansive sau paranoid-halucinatorii. În aceste cazuri, D.S. trebuie deosebită de psihozele cu evoluţie nedemenţială, de ex. melancolia şi mania de involuţie, unele delire paranoide presenile şi, uneori, cu episoade reactive situaţionale, care pot apare la bătrîni. Din grupa D.S. trebuie de asemenea eliminate demenţele presenile Pick şi Alzheimer, stările demenţiale din tumorile cerebrale, unde examenul neurologic FO, EEG şi eventual PEG tranşează diagnosticul. Demenţa alcoolică şi posttraumatică se conturează, pe lîngă simptomele obişnuite deteriorării mintale, cu ajutorul anamnezei şi examenelor radiologic, PEG, EEG, şi biologic. În fine, de mare importanţă, mai ales la bărbaţi, este diagnosticul diferenţial cu demenţa sifilitică din cadrul PGP. Semnele neurologice de focar

Scanned with CamScanner

și serologia pozitivă clarifică diagnosticul. *Tratament.* Nu există un tratament care să rezolve integral problemele D.S. În esență se urmărește susținerea funcțiilor vitale, corectarea deficitelor metabolice, a eventualelor insuficiențe organice, cardio-respiratorii, hepatice și renale, prevenirea infecțiilor și la nevoie sedarea bolnavilor. De mare importanță este tratamentul cu tonice generale, vitamine din grupul B, E, PP, A, tonicardiace — în speță strofantină (Albert) care, probabil, prin ameliorarea circulației și oxigenării cerebrale, s-a dovedit eficace chiar și în cazurile delirante, apato-abulice etc; microtransfuziile sînt utile. În ultimul timp cîștigă teren terapia cu anabolizante și substanțe lipotrope (Naposim, Crelizin etc). Cura cu Gerovital sau Aslavital propusă de școala românească de Gerontologie (Ana Aslan) se bucură de o bună reputație (Bizzi, Long, Gislason etc). Injecțiile regulate cu procaină ameliorează net orientarea bolnavilor, atenția, memoria, greutatea corporală și, fapt important, ameliorează dispoziția care devine optimistă uneori chiar euforică. Pentru menținerea și consolidarea efectelor terapeutice, cura trebuie continuată timp îndelungat (injecții și tablete în serii intermitente). Asigurarea unei bune irigări sanguine cerebrale este esențială. În acest sens bune rezultate se obțin cu vasodilatatoare clasice, papaverina, asociată cu cofeina sau cu preparate mai noi ca Hidergine, Nootropil, Actebral, Reactivan etc., care facilitează metabolismul neuronal și oxigenarea țesutului nervos. În cazurile în care elementul confuzional este prevalent se întrebuințează Centrofenoxina. Episoadele psihotice beneficiază de o terapie cu psihotrope. Tratamentul va fi individualizat, plecînd de la următoarea schemă; tratament igieno-dietetic: alimentație bogată în vitamine, cu mai puține grăsimi și glucide, cca 1200—1800 calorii/zi, vitamina B complex fiole (2 pe săptămînă), asociată cu vitamina E (3×1 tabletă/zi) și vitamina A (3—5 drajeu/zi), în serii de 2—3 săptămîni (în total 3 serii pe an). Medicația asigură o bună absorbție și metabolizare a principiilor alimentari. Triferment 3×1 tab./zi, imediat după mesele principale, Mecopar forte, pentru efectul lipotrop și aportul de vitamine (2—3 tablete/zi). Opoterapia sub forma injecțiilor cu testosteron, 0,25 mg (1—2 fiole pe săptămînă, timp de 3—4 săptămîni), sau a tabletelor de Metiltestosteron, 4—5 tablete/zi. Naposimul (2 tablete/zi) dă de asemenea rezultate bune. În stările de agitație psihomotorie, delirante și halucinatorii se administrează psihotrope în doze mici și moderate: levomepromazină 25—75 mg/zi, dozele se vor mări cu prudență pentru a evita hipotensiunea

Scanned with CamScanner

arterială și colapsul; clordelazin 50—100 mg/zi; tioridazin 50—150 mg/zi. Rezultate bune se obțin cu tranchilizante: Napoton, 10 mg/zi (1 tab.); Diazepam, 5—10 mg/zi; Meprobamat, 2 tablete/zi (800 mg/zi). Stările depresive beneficiază de terapia cu antideprin 25 mg (2—4 tablete/zi), sub control medical atent ECG). De preferat preparatul Teperin, 25 mg (2—4 tablete/zi) care are mai puține efecte secundare, mai ales asupra circulației coronare. Insomnia este bine influențată de Nitrazepam, 2 tablete seara, sau Hipnogal soluție, 2—4 linguriță (seara). *Contraindicații.* Stările de cașexie, de cancer, glaucom etc. și mai ales stările de mare insuficiență organică și bolile infecto-contagioase contraindică în largă măsură psihotropele. *Asistența de profil.* În contextul medico-social actual problema asistenței bolnavilor vîrstnici este deosebit de acută. Ministerul Sănătății împreună cu Ministerul Muncii și Prevederilor sociale organizează în colaborare forme adecvate de asistență. În serviciile psihiatrice sînt spitalizați bolnavii demenți cu stări de agitație psiho-motorie, confuzie-onirică etc. pentru tratament corespunzător. Spitalele de cronici și așezămintele specializate ale Ministerului Muncii ocrotesc restul de bolnavi, liniștiți dar care, din diferite motive, nu pot fi îngrijiți în familie. *Aspecte medico-legale.* Relativ frecvent D.S. debutează prin acte delictuale, contravenții, perturbarea ordinei publice. Furtul în manieră absurdă, micile escrocherii dar mai ales delictele sexuale, tentativele de viol, atentatele la pudoare, exhibiționalismul, limbajul și propunerile obscene, aduc bolnavii în fața comisiei medico-legale pentru expertiză. Discernămîntul bolnavilor este suprimat, din care motiv se pune problema măsurilor de izolare, de supraveghere în instituții sau secții specializate (cămine-spital, servicii de gerontologie, spitale de cronici sau secții speciale amenajate pentru cei care au comis delicte grave). În alte cazuri, bolnavii sînt tutelați de familie, care preia răspunderea îngrijirii lor și le reprezintă interesele civile. Măsurile amintite se propun de către comisia de expertiză medico-legală. (4)

DEMOFOBIE. v. FOBIE

DEMONOFOBIE. v. FOBIE

DEMONOMANIE, sin. DEMONOPATIE. Termeni folosiți în psihiatria de la începutul secolului pentru a sublinia preponderența preocupărilor legate de teme mistice; în evul mediu D. a avut o mare răspîndire. (7)

DEPENDENȚA. Este definită de J. F. Kramer și D. C. Cameron (1975) ca o stare particulară a organismului datorată interacțiunii sale cu un medicament și caracterizată mai ales prin

Scanned with CamScanner

tulburări de comportament caracterizate prin adevărate presiuni de a lua medicamentul (continuu sau periodic) pentru a obține o serie de efecte psihice și de a înlătura o stare dezagreabilă, care apare în cazul întreruperii. Toleranța nu este un element obligatoriu al D.; o persoană poate deveni dependentă față de mai multe medicamente. Cei mai importanți factori care produc D. sînt: structura persoanei, specificul ambianței socio-culturale și proprietățile farmacodinamice ale medicamentului. După tulburările principale pe care le produce D. poate fi fizică, psihică sau mixtă. *D. fizică,* este o stare de adaptare manifestată prin tulburări intense somatice atunci cînd este suprimat medicamentul sau cînd acțiunea sa este neutralizată de un antagonist specific (OMS, 1965). *D. psihică* se caracterizează printr-o stare particulară de satisfacție și exaltare care se cere imperios repetată, întreținută prin consumarea medicamentului respectiv. După Kramer și Cameron acesta este cel mai puternic element care de fapt întreține D. Dintre medicamentele care produc D., se știe că farmacodependența în cazul cocainei se bazează numai pe D. psihică, în schimb opiomania dă foarte repede o stare de D. fizică gravă și cu o toleranță foarte pronunțată (v. FARMACODEPENDENȚA). (7)

DEPERSONALIZARE. O alterare a stării de conștiință, în care bolnavul trăiește pe plan subiectiv o transformare a propriei individualități atît sub raport psihic cît și somatic; bolnavul are impresia că se schimbă, se întîmplă ceva cu el, nu mai este ca înainte. În D. pot apare și modificări de schemă corporală. D. se întîlnește într-un mare număr de boli psihice: intoxicații (mescalină, LSD), schizofrenie, epilepsie, confuzie mintală, psihoze senile. (2)

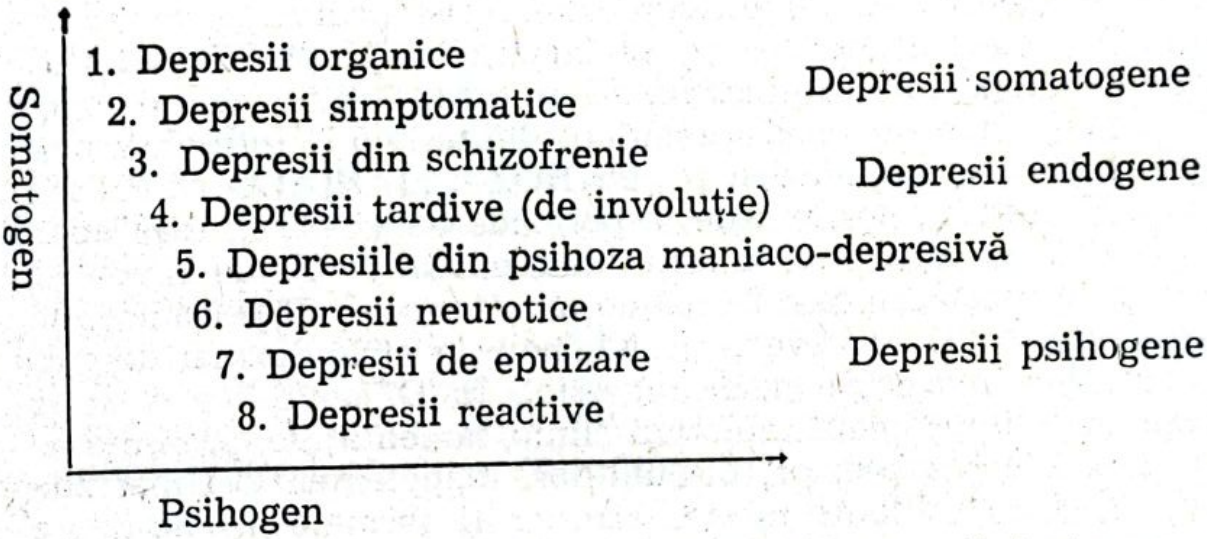
DEPRESIE. Termen care poate desemna un simptom, un sindrom sau o entitate nozologică (H. Ey). D. nu are întotdeauna o semnificație, patologică, ea înscriindu-se între trăirile normale, tristețea putînd să apară în viața fiecărui om. Spre deosebire de tristețe, care se referă mai ales la o stare afectivă normală, D. este o noțiune cu conținut mai larg referindu-se la o scădere a „tonusului" psihic. În ultimii 30 de ani, în afară de creșterea absolută a numărului de cazuri de D., intervine și o creștere relativă prin depistarea mai precoce a bolii, prin diagnosticarea mai precisă a cazurilor și prin adresabilitatea crescută a bolnavului la specialist. Ca sindrom, D. este compusă clasic dintr-un tripied simptomatic, care se referă la modificarea dispoziției (care devine tristă sau anxioasă), a gîndirii (în sensul inhibiției) și a funcțiilor psihomotorii (P. Kielholz).

Scanned with CamScanner

Sindromul depresiv poate să apară diferit ca intensitate, formă de prezentare şi mod de instalare, în întreaga psihopatologie, ca aspect de bază al formelor de reacţie umană la diferite noxe (organice, toxice, endogene sau psihogene). În ultimele două decade s-a constatat un fel de „conversiune" a simptomelor; a devenit astfel necesară crearea termenului de D. mascată (Kielholz) sau larvată pentru a defini D. care se manifestă în primul rînd pe plan somatic. Alţi termeni care s-au dat acestui sindrom sînt de D. fără D., echivalent depresiv, D. latentă sau D. ocultă. Kielholz a sistematizat sindromul depresiv incluzînd: simptome de bază (cardinale) şi simptome accesorii (secundare). Din prima categorie, elementele triadei depresive sînt reprezentate mai ales de dispoziţia depresivă, aspect de hipertimie „negativă". Ea poate îmbrăca aspectul tristeţii exagerate, al tensiunii afective, al dispoziţiei melancolice, anxietăţii, neliniştii interioare, disforiei, indiferenţei posace, anesteziei psihice dureroase. Al doilea element, inhibiţia gîndirii, se traduce prin sărăcirea imaginaţiei, încetinirea proceselor ideative, limitarea asociaţiilor, apariţia ideilor prevalente, monoideism, pesimism, idei de suicid. Subiectiv, depresivul trăieşte dureros dificultatea de gîndire şi evocare, încearcă o stare de „oboseală psihică". Inhibiţia funcţiilor centrifuge se referă la hipobulie, inhibiţia voinţei, neputinţa de a se hotărî, de a lua o decizie, ambitendinţă. Activitatea suferă prin lipsa elanului şi dificultatea demarajului. Inhibiţia psihomotorie poate merge pînă la stupoare. În general, depresivul are mişcări lente, fără vlagă, o ţinută caracteristică (aplecat înainte, ca un bătrîn), o voce şoptită, monotonă. Bolnavul are conştiinţa dureroasă şi penibilă a acestei inhibiţii. Uneori însă apare o stare de nelinişte motorie care poate merge pînă la agitaţie, cu plînsşi vaiete (depresia anxioasă, agitată). Simptomele accesorii sînt constituite din ideile delirante holotime şi din simptomele somatice. Ideile delirante sînt condiţionate de dispoziţia tristă, îmbrăcînd aspectul ideilor delirante din seria micromaniacă, idei de autoacuzare, culpabilitate, autopuniţie, de ruină, sărăcire, idei hipocondriace. Simptomele somatice au o gamă extrem de variată de la tulburări generale (perturbarea ritmului nictemeral, diverse algii, cefalee, dureri articulare, musculare, vertebrale, abdominale, inapetenţă, scădere în greutate, piele uscată, flască), pînă la tulburări cardiace (bradi — sau tahicardie, extrasistole, palpitaţii, dureri pseudoanginoase), respiratorii (bradipnee, respiraţie superficială), digestive (uscăciunea gurii, reducerea reacţiei salivare, senzaţia de saţietate, constipaţie), sexuale şi uro-genitale

Scanned with CamScanner

frigiditate, tulburări de ciclu menstrual, impotență, disurie, polakiurie). În D. mascată, aceste acuze iau o asemenea amploare încît pot camufla starea depresivă. *Diagnosticul depresiilor.* Dată fiind marea varietate a stărilor depresive diagnosticarea lor cît mai exactă este indispensabilă pentru adoptarea unei conduite terapeutice. În acest sens, în afară de diagnosticul nozologic este necesar și cel fenomenologic în cadrul unui diagnostic diferențial pluri- și multidimensional, conform schemei de încadrare nozologică a stărilor depresive după Kielholz.



O primă dihotomie trebuie făcută între D. cu substrat somatic (D. organice sau simptomatice) pe de o parte și cele endogene și psihogene, pe de altă parte, pentru a evita eventuale greșeli terapeutice. În acest scop, sînt necesare, pe lîngă o anamneză minuțioasă, examinări atente (psihiatrice, neurologice și medicale). În unele cazuri sînt necesare pentru elucidare anumite investigații speciale (teste psihologice, EEG, PEG, arteriografie etc). D. „organice" au la bază un proces lezional (ce poate fi decelat prin examen clinic și paraclinic). Ele îmbracă cel mai frecvent forma D. senile, a celor care apar în cadrul ASC, în leziunile cerebrale prin tumori, în tulburările posttraumatice, în perioada prodromală a PGP, sub forma disforiilor (v. DISFORIE) la oligofreni și epileptici. În D. simptomatice Kielholz înscrie pe cele care apar în cadrul unor afecțiuni somatice extracerebrale sau datorită unor acțiuni medicamentoase, toxice sau endotoxice. Astfel, tablouri depresive pot apare în cadrul unor stări apatice postinfecțioase, în convalescența unor stări infecțioase (gripă, pneumonii, hepatite), asociate cu anxietate (în boli cardiace cronice, crize astmatice, afecțiuni renale grave), în legătură cu perturbații endocrine, în epocile critice (pubertate, perioada premenstruală, graviditate, naștere, lactație, me-

Scanned with CamScanner

nopauză) sau în afecțiuni endocrine (diabetul, boala lui Addison etc). D. pot să apară și secundar, sub forma disforiilor anxioase după cure de dezintoxicare la alcoolici sau toxicomani sau după unele terapii medicamentoase (rezerpina, corticosteroizi, hormoni sexuali). În legătură cu D. care apar în cadrul altor psihoze, problema cea mai discutată este aceea a D. din schizofrenie („D. atipice", după francezi), foarte important de decelat (prin prezența unor simptome fundamentale sau a unor pusee psihotice anterioare), întrucît nu numai că nu reacționează la chimioterapia antidepresivă, ci se poate agrava. În cadrul D. așa-zise „endogene" se încadrează (după Kielholz) fazele D. ale psihozelor afective, diferențiindu-se formele bipolare (în cadrul formelor ciclice maniaco-depresive) și formele monopolare sau D. monofazice (v. PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ). Kraepelin, pornind de la perioada de vîrstă în care apare primul acces depresiv, a creat denumirea de D. de involuție; Angst le considera ca o formă de manifestare a D periodice, denumindu-le „D. tardive", iar Kielholz le atribuie mai degrabă proceselor involutive decît regresiei. În D. nevrotice e caracteristic polimorfismul tabloului clinic, lamentațiile, prezența cenestopatiilor, cefaleelor, insomniilor, inapetenței. Cel mai adesea întîlnim tablouri mixte, cum ar fi formele asteno-depresive, disforice, combinațiile cu tablouri obsesive, fobice, isterice; elementul depresiv ar fi un element constant al acestor nevroze, el explicînd apariția suicidului. D. reactive au toate caracteristicile reacțiilor psihice „comprehensibile" diferențiindu-se de stările reactive normale prin intensitatea și durata lor neadecvată. Declanșarea stărilor depresive este legată de factori exogeni (emoții, conflicte, „traume psihice"), dar condiționată de o „fragilitate" a terenului, de anumite particularități ale personalității premorbide (caracterizate în special prin labilitatea dispoziției). Tabloul tipic al reacțiilor subacute este reprezentat de reacția depresivă de doliu; D. reactivă poate să apară și sub forma unei stări reactive prelungite, caracterizată în special prin accentuarea, „stagnarea", gravitarea tuturor trăirilor în jurul evenimentului psihotraumatizant. D. de epuizare se situează la limita normalului, fiind declanșată de factori psihogeni, care exercită o stare prelungită de „stress" psihic (eforturi fizice și psihice prelungite, conflicte, suprasolicitări, nemulțumiri „mocnite", boli somatice anergizante etc). Tabloul clinic este dominat de o stare de epuizare, de senzația de oboseală, astenie, lipsă de energie; trăirile propriu-zis depresive (distimia, tristețea, inhibiția gîndirii), situîndu-se pe un plan secun-

Scanned with CamScanner

dar. *Terapie.* Pentru formularea schemelor terapeutice, în afară de diagnosticul nozologic este important și diagnosticul fenomenologic al D. în cadrul căruia se diferențiază mai net D. apatice-inhibate și cele anxioase-agitate. În tratamentul D., opțiunea trebuie făcută între terapia ambulatorie și cea în cadrul spitalizării bolnavului, care ține cont în special de riscul suicidului. Chimioterapia ocupă azi primul loc în tratamentul stărilor depresive. Totuși asociația antidepresivelor cu EȘ își menține indicațiile (H. Ey), mai ales în cazul în care se urmărește o acțiune rapidă (v. ELECTROȘOC). Dintre antidepresive, interesul se menține pentru grupa timolepticelor; timoanalepticele, de tipul inhibitorilor monoaminoxidazei (IMAO), fiind tot mai mult părăsite, datorită dezavantajelor lor. Alegerea timolepticelor se va face în funcție de simptomul țintă (dominant): anxietatea, inhibiția, distimia, agitația. Antidepresivele triciclice (imipramina și derivații săi) acționează în special prin redresarea dispoziției depresive, dar stimulează în același timp activitatea și vigilența (de aici riscul insomniei). Acest lucru este valabil în special pentru grupa antidepresivelor imipraminice reprezentate de Imipramină (Tofranil, Antideprin), Desmetilimipramină (Pertrofan) și Clomipramină (Anafranil), care influențează cel mai puternic nucleul depresiv, compuși care sînt indicați în D. severe. Triciclicele, care asociază în grade diferite o acțiune antidepresivă mai puțin intensă decît precedentele, cu o acțiune sedativă și anxiolitică, sînt indicate în stările depresive de intensitate medie. Mai uzitate sînt Amitriptilina (Elavil, Laroxyl, Saroten), Nortriptilina, Dibenzepina (Noveril), Opipramolul (Insidon). Trimipramina (Surmontil) este dotată cu o bună acțiune antidepresivă, asociată cu un efect sedativ și anxiolitic net (v. ANTIDEPRESIVE). Tratamentul unei stări depresive necesită asociații medicamentoase unele în scopul scăderii sau ștergerii efectelor secundare ale timoanalepticelor, altele pentru a influența simptomele asociate D. (anxietate, insomnie, delir etc). Dintre psihotrope se asociază fie tranchilizantele minore (de preferință benzodiazepine), fie neurolepticele sedative (de tipul Levomepromazinei). Hipnoticele nu sînt întotdeauna indispensabile în D. nevrotice, unde sînt suficiente, de obicei, tranchilizantele (Meprobamat, Clordiazepoxid, Diazepam). Un principiu deosebit de important în terapia D. este cel al necesității tratamentului de întreținere (pînă la 3—6 luni, care să evite recidivele). Chimioterapia, deși indispensabilă, nu poate înlocui psihoterapia în D., sub diversele sale forme (individuală, de grup, ergo- și artterapie). (3)

Scanned with CamScanner

DEPRESIE (EEG). v. ATENUARE EEG

DEPRIVARE SENZORIALĂ. Termen prin care se înțelege totalitatea fenomenelor psihopatologice obținute prin absența sau modificarea ambianței exterioare, bază esențială pentru o adecvată funcționare a analizatorilor și a întregului proces perceptiv (camere de izolare, peșteri, pustiuri, călătorii solitare etc.). Modificările psihice se datoresc condițiilor vitrege de mediu în general dar și structurii și antrenamentului persoanei în special (pregătirea cosmonauților). Cele mai frecvente tulburări semnalate în cazul D.S. de majoritatea autorilor (W. Heron, L. Kubie) sînt iluzii, halucinații, stări onirice, anxietate, dezorientare temporo-spațială. Prognosticul tulburărilor este bun, ele fiind reversibile. (7)

DEREALIZARE. Schimbarea aspectului lumii înconjurătoare, care-și pierde pentru bolnav caracterul de cunoscut, de familial devenind un mediu străin și ostil, prin aceasta modificîndu-se orice criteriu de apreciere obiectivă a realității. Bolnavul este pus în imposiblitatea de a înțelege natura relațiilor sale cu lumea din jur, a cărei semnificație este greșit sau incomplet percepută. D. generează un sentiment de straniu, de ireal și o atmosferă de incertitudine și insecuritate care poate crea bolnavului o stare de anxietate. Se întîlnește de obicei împreună cu depersonalizarea în unele nevroze, depresii, schizofrenie, stări confuzo-onirice, epilepsie etc. (2)

DEREISM. Termen, folosit mai ales de Minkovski, care înseamnă o elaborare intelectuală în afara realității ce caracterizează gîndirea schizofrenică, construită pe trăirile imaginative ale bolnavului, pentru care mediul ambiant, realitatea concretă, sînt fenomene „îndepărtate", detașate de el. Replierea în sine, detașarea, trăirea imaginistică intensă, cu convingerea fermă în „realitatea" ei, constituie lumea autistă a schizofrenului. Se menționează posibilitatea unei modalități de D. în vis sau în reveriile imaginative. (4)

DERIVAȚIE (EEG). Pereche de electrozi care culeg o diferență de potențial. (6)

DERIVAȚI TIOXANTENICI. Sînt neuroleptice care se obțin prin înlocuirea atomului de azot din poziția 10 a fenotiazinei (din inelul central B) cu o grupare etilen (conține o dublă legătură). Lanțul lateral (R), grefat în continuare, este format din trei atomi de carbon și o amină terțiară. Acțiunea antipsihotică a derivaților tioxantenici este mai puternică decît a derivaților fenotiazinici, în același timp efectele secundare apar mai rar și sînt mai puțin intense decît în cazul fenotiazinelor.

Scanned with CamScanner

Tioxantenele mai importante sînt: Clopentixolul, Clorprotixenul, Flupentixolul, Tiotixenul. (5)

DERMATOFOBIE. v. FOBIE

DERMATOSIOFOBIE. v. FOBIE

DERMATOZOIC, DELIR. v. DELIR

DESCĂRCARE EEG, sin. PAROXISM EEG. v. BUFEU EEG

DESCOPERIRE, DELIR. v. DELIR

DESERPIDINA (Canescine(R), Harmonyl(R)). Este analogul parțial demetilat al rezerpinei (desmetoxirezerpina) cu efecte neuroplegice mai reduse, dar cu acțiuni hipotensoare și bradicardizante asemănătoare cu ale acesteia; efectele terapeutice ale D. se produc mai rapid decît în cazul rezerpinei. Se utilizează în tratamentul nevrozelor anxioase, în formele ușoare ale HTA esențiale și ca adjuvant în formele grave de hipertensiune. *Efectele secundare* și *contraindicațiile* sînt similare cu ale rezerpinei; poate produce depresie gravă. Preparatul Harmonyl(R) conține 0,1 sau 0,25 mg D. pe comprimat. Se administrează per os 0,1—1 mg/zi, după caz. (5)

DESIPRAMINA (Desmetilimipramina, Norpramina(R), Pertofrane(R), Pertrofan(R)). Este un antidepresiv triciclic dibenzoazepinic înrudit chimic cu imipramina, fiind analogul parțial demetilat al acesteia. D. acționează după 2—5 zile, deci mult mai rapid decît imipramina (care pentru a fi activă se transformă în D., considerată a fi metabolitul său activ). D. are o acțiune stimulentă psihomotorie intensă, fiind indicată în aceleași cazuri ca și imipramina (v. IMIPRAMINA). Este activă mai ales în depresiile în care predomină starea de inhibiție psihomotorie. *Efectele secundare* și *contraindicațiile* sînt similare cu ale imipraminei, în schimb acțiunea sa sedativă este mai redusă decît a imipraminei. D. poate determina insomnie, fenomene M-colinolitice și hipotensiune ortostatică. Se administrează per os 50—150 mg pe zi după caz. (5)

DESMETILIMIPRAMINA (Desipramina, Pertofrane(R), Pertrofan(R)) este considerată metabolitul activ al imipraminei (v. IMIPRAMINA și DESIPRAMINA). (5)

DETENȚIE, PSIHOZA DE. Tulburări psihice apărute în decursul încarcerării, fiind legate cauzal de aceasta (G. Dănescu, E. Tomorug, 1973). Cele mai cunoscute forme clinice sînt: psihoza confuzivă, agitația psihomotorie, depresia, sindromul Ganser, sindromul halucinator-paranoid. După recluziune pot apare episoade de mare agresivitate cu clastomanie, crize de violență. După Gurevici, Ghiliarovski, Porot, se descrie și o a doua modalitate de tulburări psihice apărute în închisoare, care

Scanned with CamScanner

depind mai ales de structura personalității (oligofrenie, isterie, psihopatie, farmacodependență etc). O atenție particulară se acordă subiecților la care fenomenele minore de deteriorare mintală în condițiile carcerale pot evolua mai rapid spre o psihoză de involuție și chiar spre demență. În practica psihiatrică și psihiatro-judiciară se pot întîlni și alte psihoze (schizofrenie, epilepsie, psihoza maniaco-depresivă, psihoza delirant-halucinatorie etc.), care nu sînt cauzate de starea de detenție, ele fiind consecința unui proces în evoluție. *Etiopatogenie.* Se consideră că psihozele de D. sînt de tip reactiv, ele fiind incluse în cadrul psihogeniilor. În multe cazuri apare sentimentul culpabilității, al descurajării și al neîncrederii în posibilitatea de a lua viața „de la început" după ispășirea pedepsei. *Tratament.* Psihotropele (clordelazin, levomepromazin, antideprin, în doze medii) rezolvă aceste cazuri și în cadrul infirmeriei. Alteori, în stările depresive cu tentative de suicid, în gatism, sau stări de agitație psihomotorie, este necesară internarea într-un spital de psihiatrie. *Aspecte medico-legale.* O examinare psihiatrică se impune la acei subiecți la care anamneza sau antecedentele reliefează preexistența unor tulburări psihice chiar minore. Prin această examinare se realizează o veritabilă profilaxie a tulburărilor psihotice posibile la tarați. De mare importanță este surprinderea unei psihoze endogene ca schizofrenia, în evoluție, ținînd seama de faptul că adesea o astfel de psihoză debutează „medico-legal"; de asemenea descoperirea simulării și mai ales a suprasimulării, prin care unii delincvenți încearcă să-și „îndulcească" pedeapsa. Legislația noastră oferă cadrul instituțional și practic în măsură să rezolve cu competență aceste situații (v. EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ). (4, 7)

DEUTEROSCOPICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

DEZGUST, CURA DE. Procedeu terapeutic care vizează crearea unui reflex condiționat negativ față de un toxic ingerat în mod voluntar abuziv și cronic. Se practică în tratamentul unor toxicomanii, dar mai ales în tratamentul alcoolismului cronic. În alcoolism, cura de D. este precedată de cura de dezintoxicare și constă în administrarea unor substanțe care să provoace bolnavului o stare de rău general manifestată prin grețuri și vărsături violente sau fenomene vegetative exprimate, concomitent cu administrarea băuturilor alcoolice. În acest fel se creează un reflex condiționat negativ față de băutură, bolnavul prezentînd fenomenele neplăcute respective numai la vederea sau la simțirea mirosului de băuturi alcoolice. Metoda

Scanned with CamScanner

singură nu dă rezultate satisfăcătoare dacă nu este însoțită și de un tratament psihoterapeutic corespunzător (v. ALCOOLISM CRONIC, tratament). (2)

DEZINTOXICARE. Metodă terapeutică care urmărește îndepărtarea din organism a unui toxic. În principiu aceasta se practică în toate intoxicațiile exogene, accidentale, voluntare sau profesionale. Un loc particular îl ocupă cura de D la alcoolicii cronici (v. ALCOOLISM CRONIC, tratament). (2)

DEZORIENTARE TEMPORO-SPAȚIALĂ. Stare caracterizată prin pierderea capacității de raportare a propriei persoane la timp și spațiu. Gama intensității acestei D. poate fi variată, de la semne minime, pînă la D. totală. De asemenea D. poate fi preponderentă pe coordonata spațială sau pe cea temporală, neexistînd în mod obligatoriu o alterare dublă și de intensitate egală a ambilor parametrii. D.T.S. este un simptom fundamental al sindromului confuziv; mai poate fi întîlnită în sindromul demențial sau în sindromul Korsakov, ca urmare a tulburărilor mnestice, sau să aibă un caracter pasager în legătură cu manifestările critice sau postcritice epileptice sau alte crize cerebrale, cît și după efectuarea unui EȘ sau în faza de trezire din comele insulinice terapeutice (cura Sakel). De menționat că D.S.T. poate fi asociată cu dezorientarea autopsihică (v. AUTO și ALLOPSIHIC). (6)

DIAZEPAM (Diazepam(+), Faustan(R), Relanium(R), Seduxen(R), Valium(R)). Tranchilizant derivat de benzodiazepină, înrudit chimic cu clordiazepoxidul (Napoton(+)) și avînd proprietăți farmacodinamice similare. Se absoarbe bine din tubul digestiv, concentrația sanguină maximă realizîndu-se în două ore; prin metabolizare se transformă în oxazepam. Se elimină prin urină. Acțiunile sale asupra SNC se instalează repede. Poate facilita instalarea somnului fiziologic. Are un efect anxiolitic superior față de clordiazepoxid. D. nu are acțiune antidepresivă, dar printr-un efect ușor euforizant poate influența favorabil dispoziția bolnavului. Acțiunile sale miorelaxante și anticonvulsivante sînt superioare față de ale clordiazepoxidului. Efectele asupra SNC sînt potențate de barbiturice, neuroleptice, fenotiazinice și de către antidepresive. Are efecte vegetativotrope reduse (parasimpatolitice). D. are proprietăți antihipertrope lipemiante (Cuparencu și colab., 1973; Sîrbu și colab., 1976). *Indicațiile terapeutice* ale D. sînt superpozabile cu cele ale clordiazepoxidului, existînd însă unele particularități. Eficacitatea sa este evidentă mai ales în neuroza anxioasă și depresivă, în tulburările de comportament la psihopați, în insomnia psiho-

Scanned with CamScanner

genă, în cura de dezintoxicare la alcoolici. Se mai poate utiliza și ca miorelaxant, adjuvant în unele stări spastice ale musculaturii striate și în tulburările extrapiramidale produse de neuroleptice. De asemenea este eficace în tetanos, epilepsie generalizată și focală, status epilepticus, și în tratamentul tulburărilor comportamentale interaccesuale, unde se asociază la schema generală de tratament cu medicamente anticomițiale pe care nu le înlocuiește, dar le ameliorează rezultatul. Se poate utiliza ca adjuvant în unele psihoze. *Efectele secundare* sînt asemănătoare cu ale clordiazepoxidului (v. CLORDIAZEPOXID). Poate produce astenie și somnolență, mai rar depresie cu tendință la suicid sau dimpotrivă agitație psihomotorie, halucinații. După injectarea i.v. poate determina hipotensiune arterială. La animale produce efecte teratogene. În ultimul timp s-au descris efecte teratogene și la om (Safra și colab., 1976). După tratamente prelungite determină toleranță cu sindrom de abstinență la întreruperea tratamentului. *Contraindicațiile* sînt reprezentate de alergie la acest medicament, intoxicații cu alcool, cu barbiturice sau cu alte substanțe deprimante ale SNC, glaucom, miastenia gravis, boli hepatice și renale, sarcină, alăptare. Se administrează cu prudență la cardiovasculari, bătrîni și debili. În timpul tratamentului este interzis consumul de alcool. Se asociază cu prudență cu medicamentele care potențează acțiunea sa depresivă (neuroleptice, hipnotice). Nu se prescrie în tratamentul ambulator al bolnavilor care au meserii unde este necesară o bună coordonare psihomotorie (șoferi etc.). Se evită la indivizii predispuși la toxicomanie. *Preparate. Posologie.* Diazepamul(+) conține 2 sau 10 mg substanță activă pe comprimat și 10 mg. pe fiolă (2 ml). La adulți în neuroze se administrează per os 4—15 mg pe zi, repartizat în trei prize. Dozele pot fi mărite pînă la 20—30 mg pe zi. În caz de insomnie se utilizează 5—10 mg per os înainte de culcare. Dozele maxime per os sînt de 0,01 g o dată și 0,04 g pe zi (FR. IX). În stările de agitație se administrează i.m. 2—5 mg. Această doză se poate repeta după 3—4 ore. În delirium tremens, status epilepticus și în tetanos se poate administra lent i.v. Fiolele nu se amestecă în seringă cu alte medicamente. (5)

DIBENZEPIN (Noveril(R)). Este un derivat dibenzodiazepinic înrudit din punct de vedere chimic cu benzodiazepinele (v. TRANCHILIZANTE). Acționează după cîteva (3—4) zile de tratament, avînd efecte timoleptice și tranchilizante. Este eficace în unele depresii (endogene, anxioase). *Fenomenele*

Scanned with CamScanner

secundare și *contraindicațiile* sînt similare cu ale imipraminei. Se administrează per os progresiv, 200—300 mg pe zi. (5)

DIBENZOAZEPINE sînt antidepresive triciclice (v. ANTIDEPRESIVE TRICICLICE), care cuprind derivați de iminodibenzil și derivați de iminostilben. Derivații de iminodibenzil se aseamănă structural cu fenotiazinele. Spre deosebire de acestea, atomul de S dintre cele două nuclee benzenice este înlocuit cu o punte de etilen (—CH_2—CH_2—) (ex. Imipramina). Derivații de iminostilben sînt iminodibenzili nesaturați, conținînd o dublă legătură în puntea care unește cele două nuclee benzenice (—CH=CH—) (ex. Opipramol). (5)

DIBENZOTIAZEPINA (Clothiapin(R), .Entumin(R), M.F.259). Este un neuroleptic derivat de dibenzotiazepină. Exercită inițial un efect anxiolitic, determinînd liniștirea bolnavului, apoi desfășoară o acțiune antipsihotică, antagonizînd tulburările psihotice. Este indicată în schizofrenie, în stările paranoide, stări confuzionale și stări distimice, la psihopați. Efectele secundare constau în fenomene colinomimetice (hipersalivație, transpirații abundente, hipotensiune arterială). Foarte frecvent apar tulburări extrapiramidale; D. cumulează. După doze mari poate produce crize excito-motorii. Prezintă *contraindicațiile* neuroleptice lor. Nu se administrează în caz de tulburări psihice datorate leziunilor cerebrale. Se evită la bătrîni. Preparatul Entumin(R) conține pe comprimat 40 mg și pe fiole 10 mg substanță activă per ml. Se administrează 40—80 mg pe zi. După obținerea efectului terapeutic, dozele se reduc (10—40 mg pe zi — Predescu și colab., 1976). (5)

DICHEFOBIE. v. FOBIE

DIETILPROPIONA. v. AMFEPRAMONA

DIFENILHIDANTIONA (Fenitoina(+), Diphenin(R), Dilantin(R), Epanutin(R), Kessodanten(R)). Este o substanță anticonvulsivantă antiepileptică din clasa hidantoinelor. Se absoarbe bine după administrarea per os. D. deprimă intens cortexul motor fără a acționa asupra altor arii din creier. Indicațiile terapeutice sînt reprezentate de epilepsia grand mal, epilepsia psihomotorie și focală. Efectul terapeutic se produce după cîteva zile de tratament. D. poate fi asociată cu fenobarbital, dar acesta prin inducție enzimatică poate prescurta durata de acțiune a D. Totuși combinația este utilă datorită proprietăților antiepileptice ale fenobarbitalului. În afara celor menționate D. mai posedă acțiune favorabilă în migrenă, unele nevralgii și în aritmiile cardiace produse prin supradozarea digitalicelor. *Efectele secundare* produse de D. sînt numeroase. Ele constau

Scanned with CamScanner

din iritarea tubului digestiv (greață, vărsături), tulburări neurologice și psihice (ameteli, cefalee, tulburări de vedere, nistagmus, disartrie, ataxie, insomnie, confuzie mintală). Pot apărea: hepatită toxică, lupus eritematos, dermatită buloasă exfoliativă, periarterită nodoasă, anemie megaloblastică, leucopenie. Din acest motiv în cursul tratamentului se vor urmări: formula sanguină, probele funcționale hepatice și renale. La 10% din cazuri, mai ales la copii, determină hipertrofie gingivală, care poate fi prevenită prin igienă bucală, administrarea concomitentă a vitaminei C și masajul gingiei. Intoxicațiile acute cu D. pot fi foarte grave. Doza letală este cuprinsă între 2—5 g. *Contraindicațiile* D. sînt reprezentate de epilepsia petit mal, insuficiențele renale și hepatice, de tulburări ale hematopoezei, de HTA, de alergie specifică, sarcină. Efectele farmacodinamice și toxicitatea D. pot fi modificate prin asocierile cu alte medicamente. Astfel, izoniazida (HIN), disulfiramul (Antalcol(+)), fenilbutazona măresc toxicitatea D. în urma inhibării metabolismului acesteia. În cazul asocierii anticoagulantelor cumarinice (Trombostop(+)) crește atît efectul acestora cît și al D. Aceste asocieri trebuie evitate. Este interzis de asemenea consumul de alcool în cursul tratamentului cu D. În cazul asocierii cu fenobarbital se va ține seama că înlocuirea bruscă a D. poate agrava starea bolnavului, determinînd uneori status epilepticus. Din acest motiv înlocuirea D. cu fenobarbital se va face treptat. În asocierile cu fenobarbital, suprimarea bruscă a fenobarbitalului crește toxicitatea D. *Preparate. Posologie.* Fenitoinul(+) conține 100 mg D. pe comprimat. Tratamentul începe cu 100 mg, apoi doza se ridică treptat pînă la 200—400 mg pe zi, administrate după masă. Kessodanten(R) este un preparat similar sub formă de capsule. Dilantin(R) conține 100 sau 200 mg fenitoină Na pe fiolă, care se dizolvă numai cu un solvent special, atașat ambalajului. Se administrează pe cale i.v., 150—200 mg, în status epilepticus sau în unele intervenții neurochirurgicale. D. injectată i.v. poate determina accidente grave ca hipotensiune arterială severă, fibrilație ventriculară și stop respirator. (5)

DIFERENȚIATE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

DIHIDROMORFINON. v. HIDROMORFONA

DILAUDEN (DILAUDID). v. HIDROMORFONĂ

DILEMĂ. Tulburare de voință caracterizată prin greutatea sau chiar imposibilitatea de a lua o decizie fermă și clară într-o situație dată sau de a alege o soluție atunci cînd se oferă mai multe posibilități. În D., persoana problematizează, cîntărește

Scanned with CamScanner

mereu argumentele şi contraargumentele, se consumă şi este incapabilă să iasă din impasul în care se găseşte; de îndată ce încearcă să opteze pentru o ipoteză, prin contrast îi sînt aduse imediat în faţă dovezile care-l impiedică să treacă la acţiune ceea ce îi produce frămîntări, tristeţe, nelinişte, disconfort. D. apare în psihastenie, nevroza obsesivo-fobică, cerebrastenie, schizofrenie. (7)

DIMETACRIN. Derivat de poliacridină cu acţiune psihotropă de tip antidepresiv (Ban. Th. 1969). (5)

DIMIXOL. v. METAMINODIAZEPOXID

DINOFOBIE. v. FOBIE

DIPIPERON. v. FLOROPIPAMIDA

DIPSOFOBIE. v. FOBIE

DIPSOMANIE. Este o conduită de impregnare periodică cu alcool, în care bolnavul consumă mari cantităţi de băuturi alcoolice, într-o perioadă de timp limitată (3—7 zile), consumul apărînd ca o necesitate irezistibilă de a ingera. *Etiopatogenia* este puţin cunoscută, se presupune că terenul ar juca un rol important; după H. Ey, R. Ropert şi Fouquet în D. se întîlnesc frecvent personalităţi nevrotice; Magnan, Porot, Gurevici apropie D. de psihoza maniaco-depresivă, pe cînd Lhermite, Mayer-Gross consideră D. strîns legată de epilepsie, datorită evoluţiei sale paroxistice. La D. s-au găsit anumite modificări EEG nespecifice, întîlnite şi la unii psihopaţi. Factorii externi pot juca un rol precipitant în apariţia D. După Jellinek, D. aparţine alcoolismului de tip epsilon. *Debutul.* Criza începe brusc, dar poate fi anunţată de o fază prodromală ce ţine cîteva zile, în care bolnavul devine distimic, hipobulic, abătut şi prezintă tulburări de somn. Apare apoi tendinţa irezistibilă, ca o adevărată necesitate imperioasă, de neînvins ce-l împinge aproape automat spre băutură, unde după consumarea primului pahar îşi pierde controlul şi bea abuziv cantităţi mari fără să mai ştie ce face. Cînd banii nu sînt suficienţi îşi vinde lucrurile, hainele şi chiar fură. Într-o stare avansată de ebrietate, poate avea un comportament liniştit, inhibat sau dimpotrivă poate deveni agresiv şi violent cu cei din jur. Accesul durează în medie 2—5 zile, dar sînt şi cazuri în care bolnavul bea fără întrerupere 7—10 zile. Sfîrşitul episodului este tot atît de brusc pe cît a fost începutul; bolnavul încetează să mai bea, conştiinţa se clarifică, simte o stare de rău general cu dezgust profund faţă de alcool şi apar remuşcările. Crizele dipsomanice au caracter intermitent, succedîndu-se la intervale diferite de timp, de ordinul lunilor sau anilor, dar aproximativ

Scanned with CamScanner

egale pentru același bolnav. În intervalele libere dintre accese, bolnavii nu consumă deloc băuturi alcoolice, unii simt chiar o adevărată repulsie față de ele. Unii bolnavi sînt conștienți de boala lor și fac tot ce le stă în putință pentru a evita consumul paroxistic, dar o dată accesul instalat, toate bunele intenții eșuează. *Diagnosticul pozitiv* se pune pe baza consumului periodic și masiv de băuturi alcoolice, aspectul impulsiv, irezistibil, de a ingera băutura, lipsa de plăcere care însoțește consumul, lipsa de preferință față de tipul băuturii, încetarea bruscă a consumului, precum și abstinența totală în perioadele libere. *Diagnosticul diferențial.* Trebuie avută în vedere simularea, în special în cazurile de alcoolism cu implicații medico-legale; unii bolnavi încearcă să-și motiveze actele și consumul excesiv prin această „necesitate" de a ingera băuturi alcoolice. De alcoolismul cronic obișnuit, D. se distinge ușor. În alcoolismul cronic există dorința permanentă de a ingera băuturi alcoolice cu preferințe pentru anumite produse, oferind în același timp o mare satisfacție alcoolicului. De beția patologică, D. se deosebește prin reacțiile violente și brutale pe care alcoolul le produce în aceste cazuri, la ingerarea unor doze relativ mici. De obicei, în beția patologică găsim unele tulburări organice care explică în parte intoleranța la alcool și caracterul neobișnuit pe care-l îmbracă această formă de beție. Evoluția este intermitentă.iar prognosticul rezervat, în sensul că aceste crize se succed cu timpul la intervale din ce în ce mai scurte. Tratamentul susținut poate ameliora însă evoluția, cazurile de vindecare fiind totuși destul de rare. *Tratament.* În criză, spitalizarea bolnavului este obligatorie. Consumul va fi întrerupt brusc, deoarece aici nu există riscul apariției fenomenelor de sevraj, bolnavul nefiind în stare de impregnație cronică. Se va institui un tratament cu vitamine (vit. B_1, B_6, Vit. C), tonice, iar neliniștea și agitația psihomotorie vor fi combătute prin administrarea de fenotiazinice (clorpromazină, levomepromazină) injectabile. Mai pot fi utilizate în acest scop diazepamul injectabil, în doze de 3—60 mg/zi i.m. sau meprobamatul, în doze de 1200—1600 mg/zi i.m. Psihoterapia va fi obligatoriu asociată tratamentului medicamentos. În prima etapă se începe cu o psihoterapie individuală care se poate combina apoi cu psihoterapia de grup, efectuată în LSM. Procedeele de dezgust nu-și au indicația în D. Psihoterapia are menirea de a evidenția eventualii factori externi care precipită crizele D., precum și de a preîntîmpina noul acces, eventual prin internarea bolnavului în spital cînd acesta simte iminența apariției unei crize. (2)

Scanned with CamScanner

DIS. Prefix care înseamnă tulburare, modificare, deprimare.

DISARITMETRIE, sin. DISCALCULIE. Termenul aparține lui Beslay și caracterizează greutățile și chiar incapacitatea bolnavului de a învăța și aplica cele mai simple legi și reguli din matematică. D. survine în oligofrenii grave, encefalopatii, demențe. (7)

DISBULIE. Termen propus de V. Predescu, C. Ionescu (1976) pentru a desemna o tulburare de voință. Toate D. sînt de fapt tulburări secundare, derivate din modificările motivației, din tulburările cognitive, din distimii sau din tulburările conștiinței. Din D. fac parte: hiperbulia (v. HIPERBULIE), hipobulia (v. HIPOBULIE), abulia (v. ABULIE) și sindromul catatonic (v. CATATONIC, SINDROM). (7)

DISCALCULIE. v. DISARITMETRIE

DISCORDANȚĂ. Termen propus de Chaslin, sin. cu disociație. (v. DISOCIAȚIE). (4)

DISCROMATOPSIE. v. ILUZIE

DISESTEZIE. Descrisă de Sivadon și caracterizată printr-o tulburare generală a proceselor perceptive care apare în prezența halucinațiilor. (7)

DISFAZIE. Tulburare de alocuțiune a vorbirii, manifestată prin întreruperi bruște ale cadenței vorbiri, sau/și reiterării involuntare, sacadate, de sunete sau silabe, acompaniată de spasme și sincinezii, accentuată de emoții, cauzată de o lipsă de sincronizare a funcției respiratorii, fonatorii și de articulare a cuvintelor. După V. Ghiran (1972), copiii cu D. au vorbit bine și corect la început și ulterior încep să apară o serie întreagă de tulburări. Clinic se poate manifesta ca o D. convulsivă clonică (repetarea sacadată a silabelor în special la începutul cuvintelor); D. convulsivă tonică (imposibilitate pasageră de a emite sunete), D. inhibitorie (inhibiția pasageră a vorbirii, cu inerție). În patologia psihiatrică, D. este întîlnită în special în logoneuroze. (6)

DISFEMIE. Tulburare de pronunțare a cuvintelor întîlnită în logoneuroză. (7)

DISFONIE. Modificarea timbrului vocal; D. survine în isterie, mentism, schizofrenie. (7)

DISFORIE. Tulburare de afectivitate, manifestată prin interferența iritației cu tristețea. D. este întîlnită mai ales în epilepsie. (7)

DISFRENIE ANTITONICĂ. Expresia aparține lui Van Der Scheer și definește asocierea simultană a unui tablou simptomatologic de melancolie anxioasă cu negativism, ostilitate, în

Scanned with CamScanner

special față de familie și cu neîncredere. Prognosticul este rezervat din cauza evoluției rapide spre demență. (7)

DISGRAFIE. Modificări caligrafice și psihografice întîlnite în schizofrenie, stări confuzive, ASC. (7)

DISIMULARE. v. SIMULARE

DISIMULAT, sin. ASCUNS, MASCAT. v. DELIR

DISLALIE. Tulburare de pronunțare, manifestată prin modificarea articulării anumitor sunete sau grupe de sunete, care fie că sînt omise, fie că sînt substituite; vorbirea ca atare rămîne oarecum cursivă, fără întreruperi. Printre principalele forme de D. se menționează: gamacismul — pronunțarea defectuoasă a sunetelor G.K. sau înlocuirea lor; rinolalie sau vorbirea pe nas; rotacismul — pronunțarea lui R prin vibrarea vălului palatin; sigmatismul (sîsîiala) — pronunțarea defectuoasă dentală a sunetelor S și Z. Majoritatea D. sînt de fapt forme mixte, combinate cu predominanța uneia dintre tulburări. (6)

DISLEXIE. Termen propus de Hinshelwood (1917) prin care se definesc tulburările legate de cititul și înțelesul limbajului scris. După Ajuriaguerra (1971), D. apare fie prin blocaj de achiziție fie printr-o dezorganizare a achizițiilor. Kucera (citat de V. Ghiran, 1971) împarte D. în: D. din encefalopatii, D. neurotice (formă hiperactivă cu anxietate și formă hipoactivă cu dezinteres) și D. ereditare. Școala germană vorbește de D. acustică, D. verbală, D. optică și D. spațială. De fapt D. este o tulburare plurifactorială care poate avea ca substrat o disfuncție nervoasă centrală (Galifret-Granjov) sau modificări ale cuvîntului plasat în text (Launay). D. reclamă o explorare atentă și complexă a bolnavului spre a institui o terapie adecvată. D. apare în oligofrenie, schizofrenie infantilă, demență Heller, neuroză, psihopatie. (7, 4)

DISLOGIE. Tulburare de vorbire consecutivă unor tulburări de gîndire. D. apare în demențe, oligofrenii, encefalite, psihoze senile etc. (7)

DISKINEZIE. Tulburare a motilității voluntare în care mișcările sînt incomplete sau în orice caz fragmentare. D. se întîlnește mai ales în crampa profesională, farmacodependență, psihoze presenile, ASC. (6)

DISMEGALOPSIE. Tulburare de percepție din categoria metamorfopsiilor, caracterizată prin modificarea dimensiunii obiectelor de așa manieră încît ele apar mult mai mari sau deformate, trezind o neliniște sau chiar groază bolnavului. Survine în stări confuzive (intoxicații, alcoolism cronic etc.). (7)

Scanned with CamScanner

DISMIMIE. Tulburare de expresivitate a mimicii care nu mai concordă cu trăirea bolnavului. D. apare în schizofrenie, confuzie mintală, tr.cr.cr. (7)

DISMNEZIE. v. HIPOMNEZIE

DISMORFOFOBIE. v. FOBIE

DISMORFOPSIE. Modificare perceptivă din grupul metamorfopsiilor caracterizată prin deformarea contururilor obiectelor, ştergerea limitelor, apariţia altor linii şi dimensiuni inexistente. D. apare în stările confuzive postinfecţioase, posttraumatice, epilepsie psihosenzorială, schizofrenie. (7)

DISNOIA. Termen propus de Korsakov, în 1891, pentru schizofrenie (v. SCHIZOFRENIE). (7)

DISOCIAŢIE PSIHICĂ, sin. ATAXIE INTRAPSIHICĂ, DISCORDANŢĂ. Termenul aparţine lui E. Bleuler şi caracterizează o tulburare psihică fundamentală, manifestată prin fragmentarea persoanei, prin tulburarea unicităţii şi a integrităţii într-o varietate foarte mare de modele care trădează decalajele, lipsa de coeziune, de sincronizare a proceselor psihice, care duce la dezorganizarea persoanei. După Kammerer, D.P. este procesul cel mai caracteristic al alienării mintale, al modificării însăşi a condiţiilor proprii de înţelegere şi existenţă a omului. În sensul său restrîns, sub care dealtfel circulă, D.P. reprezintă unul din simptomele oarecum patognomice pentru schizofrenie. (7)

DISORTOGRAFIE. Tulburare a limbajului scris, caracterizată prin incapacitatea copilului de a-şi însuşi un scris corect. S. Borel-Maisony, arată că cele mai obişnuite aspecte ale D. sînt greşeli de citit, confuzie a părţilor dintr-un cuvînt, greşeli gramaticale etc. După C. Chiland, ar exista o D. care apare la copii cu tulburări comportamentale (psihopaţi, neurotici), superficiali şi disprosexici, şi o D. bazată pe insuficienţa de dezvoltare SNC (oligofreni) şi manifestată prin limbaj desfigurat, agramat. Ajuriaguerra crede că D. este însoţită întotdeauna de dislexie (v. DISLEXIE). (7)

DISPLATOPSIE. v. ILUZIE

DISPROSEXIE. Termen general care cuprinde toate tulburările de atenţie. Din D. face parte aprosexia, hiperprosexia şi hipoprosexia. (7)

DISPROZODIE. Tulburarea muzicalităţii limbajului; survine în logoneuroză, epilepsie, oligofrenie, schizofrenie, demenţe. (7)

Scanned with CamScanner

DISRITMIE (EEG). Termen ce definește aspecte ale EEG rezultate dintr-o intricare de unde diferite pe același traseu. În acest sens s-a izolat D. lentă, cu ritm dominat delta sau theta, D. rapidă, cu ritm dominat beta, și D. poliritmică prin intricarea frecvențelor lente cu cele rapide. După cum remarcă Cincă și colab. (1974) în EEG nu putem vorbi de o euritmie a traseelor, în mod obișnuit traseele fiind reprezentate de un amestec de ritmuri diferite. Din acest motiv, termenul de D. poate crea confuzii și s-a propus abandonarea lui. (6)

DISTIMIE. În sens restrîns, D., denumită și afectivitate dureroasă, este o formă particulară de hipertimie negativă; pesimismul și neîncrederea poate domina tabloul clinic, bolnavul trăind o intensă, permanentă și adîncă stare de tristețe. În sens larg (Predescu, Ionescu, 1976), D. poate semnifica toate tulburările afective, atît cele pozitive cît și cele negative, de la euforie la depresie. (7)

DISTONOCALM este o asociație medicamentoasă cuprinzînd pe un drajeu alcaloizi totali din rădăcină de belladonna (250 μg), alcaloizi totali din secară cornută (300 μg) propranolol (15 mg), amobarbital sodic (150 mg) și un excipient ad 250 mg. Alcaloizii din belladonna (în special atropina) au proprietăți anticolinergice-antimuscarinice. Secara cornută furnizează alcaloizi cu efecte alfa-adrenolitice. Propranololul este un beta-adrenolitic, iar amobarbitalul, un hipnotic. Preparatul este indicat în neurastenie, neuroză anxioasă cenestopată, în climax; se poate folosi ca adjuvant în tratamentul hipertiroidismului și a bolii hipertonice (în faza incipientă). *Reacțiile secundare* sînt foarte variate; ele depind de tonusul parasimpatic sau simpatic, care poate varia de la un individ la altul. Mai evidente sînt de obicei efectele atropinice (uscăciunea gurii, disfonie, disfagie, midriază, cu creșterea presiunii intraoculare, tahicardie, constipație, dificultate în micțiuni). Preparatul este contraindicat în glaucom, ileus, insuficiență cardiacă, sarcină. *Posologie.* Se administrează de 2—4 ori pe zi cîte un drajeu, cu 30—60 minute înaintea meselor sau la 2—3 ore după mîncare. Se recomandă serii de 15—20 de zile într-o lună. (1)

DISTRANEURIN. v. CLOMETIAZOL

DISULFIRAM (Antalcol(+), Antabuz(R), Antaethyl(R), Contralin(R)). Medicament utilizat în tratamentul adjuvant al alcoolismului cronic, datorită producerii dezgustului față de alcool (terapia de aversiune). Sub acțiunea D., este oprită metabolizarea etanolului, prin inhibarea aldehiddehidrogenazei; în felul acesta se acumulează acetaldehida care determină apariția unor

Scanned with CamScanner

tulburări: înroşirea feţei, ameţeli, dispnee, hiperventilaţie, greaţă, vărsături, tahicardie, hipotensiune, uneori colaps. În cursul tratamentului, aceste fenomene pot apărea chiar numai la inhalarea etanolului. La începutul tratamentului se pot produce fenomene secundare, constînd din cefalee, somnolenţă, fatigabilitate, erupţii alergice, gust neplăcut metalic sau de usturoi, impotenţă sexuală. Acestea dispar spontan sau la reducerea dozei. După tratament îndelungat, se poate produce polinevrită. Uneori asocierea etanolului cu D. poate determina reacţii grave sub formă de cianoză, convulsii, colaps, comă şi chiar exitus. Contraindicaţiile absolute ale D. sînt reprezentate de afecţiuni cardiovasculare, sarcină, psihoze acute, boală ulceroasă. Se administrează cu prudenţă în caz de leziuni cerebrale, epilepsie, hipotiroidism, nefrită acută şi cronică, astm bronşic, hepatite, diabet zaharat, astenie fizică. Nu se administrează în caz de intoxicaţie alcoolică acută. Este contraindicată asocierea cu paraldehidă, fenitoină, anticoagulante indirecte (cumarinice), metronidazol. Se administrează cu ştirea bolnavului, care va fi pus la curent cu simptomele care le poate determina interacţiunea alcoolului cu D. Este absolut necesară cooperarea bolnavului. Este de preferat ca tratamentul să se aplice numai la bolnavi spitalizaţi, sub strictă supraveghere medicală. *Preparate. Posologie.* Antalcolul(+) conţine, pe comprimat, 500 mg substanţă activă. Înainte de tratament este necesar să se administreze bolnavului vitamine din complexul B, tonice, medicamente hepatoprotectoare, timp de cîteva zile. Anterior instituirii terapiei propriu-zise este nevoie de o abstinenţă faţă de alcool de cel puţin 12 ore. Concentraţia eficace sanguină de D. se realizează după aproximativ 4 zile. D. se elimină lent, fapt care explică durata de acţiune pînă la 3 săptămîni după întreruperea tratamentului. Pentru obţinerea reacţiei de sensibilizare şi a dezgustului faţă de alcool se pot aplica diferite scheme de tratament: a). După una din scheme se aplică zilnic doza de 1 g, 4 zile, înainte de mîncare. În ziua a 4-a se administrează, pe nemîncate, D. iar, peste 2 ore, bolnavul va ingera 100—250 ml băutură alcoolică preferată (probă de sensibilizare, apar fenomenele neplăcute menţionate mai sus). După aceea doza zilnică se reduce cu 0,125—0,5 g, din 4 în 4 zile, interval la care se verifică din nou starea de sensibilitate. Reflexul condiţionat de dezgust faţă de alcool se creează după 6—8 probe de sensibilizare. Tratamentul poate continua cîteva luni (pînă la 6 luni) cu doze reduse. b). După o altă schemă, se administrează timp de două săptămîni, zilnic, 0,5 g pe nemîncate. Doza

Scanned with CamScanner

de întreținere, care este de 0,125 g pe zi, poate fi utilizată apoi cîteva luni. Dacă în cursul tratamentului apar reacții grave, se va administra carbogen (amestec format din 95% O și 5% CO_2), antihistamine de sinteză, efedrină, vitamina C, pe cale i.v., în doze mari (1 g). (5)

DIZARTRIE. Tulburare de limbaj caracterizată prin modificarea articulării cuvintelor cît și prin alterări ale modulației vocii, a ritmului expunerii verbale. După Perlstein, D. ar fi o tulburare secundară, datorată fie leziunilor aparatului neuromuscular, care participă la fonație, fie leziunilor auditive (surdomutitate), spre deosebire de dislalie care este o tulburare primară de vorbire (Ajuriaguerra). D. apare în sindromul extrapiramiral, în sindromul pseudobulbar, în leziunea nervilor cranieni IX, X, XI, XII, în PGP, în alcoolism cronic, în farmacodependență (mai ales în barbituromanie). (6, 7)

DOMATOFOBIE. v. FOBIE

DOGMATIL(R). v. SULPIRID

DOMINANTE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

DONROMANIE. Preocupare excesivă de a face cadouri celor din jur; apare în manie, demență. (7)

DORAFOBIE. v. FOBIE

DOXEPINA (Aponal(R), Sinequan(R)). Este un derivat triciclic dibenzoxepinic cu efecte anxiolitice puternice și acțiune antidepresivă remarcabilă. Se absoarbe rapid per os sau de la locul injecției. Acționează favorabil în caz de anxietate, tensiune psihică, depresie, inhibiție psihomotorie, agitație, insomnie, acuze cenestopate. Este indicată în caz de neuroze anxioase, stări depresive, alcoolism, în anxietatea care însoțește unele boli somatice, în reacțiile depresive, psihoza maniaco-depresivă, depresie de involuție, depresie postpartum. Acțiunea terapeutică apare după 1—2 săptămîni. Este un medicament bine tolerat. *Efectele secundare* constau în fenomene colinolitice (gură uscată, tulburări de acomodare ale vederii, constipație), tahicardie, hipotensiune, stare de astenie, somnolență, amețeli, fotofobie, parestezii, edeme, erupții cutanate alergice, prurit, diminuarea libidoului. După doze mari apar tremurături, fenomene extrapiramidale. D. poate potența antidepresivele și efectul alcoolului. *Contraindicațiile* sînt reprezentate de glaucom, sau retenție urinară; nu se administrează la gravide și la copii sub 12 ani. Se administrează numai la 2 săptămîni după tratamentele cu IMAO. În cursul tratamentului este contraindicat consumul alcoolului. D. nu se prescrie ambulator la persoanele cu profesiuni care necesită concentrarea atenției, promptitudinea

Scanned with CamScanner

reacţiilor reflexe (conducători de autovehicule, dispeceri etc.). Preparatul Sinequan(R) conţine pe capsulă 10; 25 sau 50 mg D. bază. Se administrează per os 30—50 mg pe zi, în 3 prize. Dozele pot fi crescute treptat pînă la 75—300 mg pe zi. (5)

DREAMY STATE, STARE DE VIS

DROG. Farmacognostic prin D. se înţelege porţiunea sau partea dintr-o plantă din care se extrage un principiu activ: rădăcina de ipeca este D. din care se extrage emetina; opiul este D. din care se extrage morfina. D. se mai numesc medicamentele sau substanţele care autoadministrate abuziv pot produce fenomene de euforie. Astfel de D. sînt: amfetaminele, cocaina, morfina şi în sens mai larg alcoolul şi chiar nicotina. Ca barbarism, prin D. se înţeleg medicamentele. Această utilizare incorectă a cuvîntului provine din faptul că în limba engleză medicamentul se numeşte „drug" (1)

DROLEPTAN(R). v. DEHIDROBENZPERIDOL

DROMOFOBIE. v. FOBIE

DROMOMANIE. Este impulsiunea morbidă întîlnită mai ales la schizofreni, psihopaţi sau oligofreni, manifestată prin plecări nemotivate, evadări din familie. Bolnavii simt nevoia să călătorească să fie mereu pe drum, adesea fără o ţintă precisă. Uneori D. reprezintă primul semn de debut al schizofreniei. D. trebuie deosebită de fugă; D. se caracterizează prin apariţia bruscă, neaşteptată şi adesea însoţită de amnezia asupra episodului (v. FUGILE). (4)

DROPERIDOL. v. DEHIDROBENZPERIDOL

DUBLUL-ORB. Modalitate de control a eficienţei clinice a medicamentelor noi, care constă în administrarea unui placebo (v. EFECT PLACEBO) în condiţiile în care nici medicul curant, nici bolnavul nu cunoaşte care este placebo-ul şi care este medicamentul testat. Această metodă permite evitarea influenţei sugestiei asupra evaluării rezultatelor obţinute cu medicamentul testat, ştiut fiind că există o tendinţă inconştientă de a supraevalua rezultatele obţinute cu medicamente noi. (1)

DURERE MORALĂ. Este o stare de tristeţe profundă, care domină tabloul clinic al depresiilor şi melancoliei. Rezultă din exagerarea tonusului afectiv (de aspect invers celei din manie) şi invadează total sau parţial cîmpul conştiinţei. D.M. poate fi echivalată cu noţiunile de hipertimie dureroasă, trăire tristă, dispoziţie disforică (Sutter). Tristeţea în melancolie este fără margine, răsfrîngîndu-se asupra trecutului pe care bolnavul îl vede nenorocit, asupra prezentului, pe care-l consideră inutil şi întunecînd viitorul. Alteori D.M. nu e atît de net expri-

Scanned with CamScanner

mată și constă din stări vagi, de plictiseală, dezgust, descurajare, disperare, regrete, un sentiment de insecuritate (H. Ey). Exteriorizarea D.M. (care realizează o concentrare penibilă a trăirilor afective) se poate manifesta prin stări mergînd de la neliniște, anxietate pînă la crize de angoasă. (3)

Scanned with CamScanner

ECFORIE. Tulburare de memorie din grupul amneziilor de evocare, caracterizată prin capacitatea bolnavului de a readuce în prezent evenimente şi trăiri dintr-un trecut mai mult sau mai puţin îndepărtat, evenimente care erau considerate definitiv uitate. E. apare în psihozele posttraumatice, în psihozele presenile, senile sau vasculare. (2, 7)

ECHIVALENŢA EPILEPTICĂ. Termen impropriu ce necesită a fi abandonat, deoarece simptomatologia epileptică oricît ar fi de polimorfă (motorie, psihică, psiho-senzorială, neurovegetativă etc.) are ca substrat o criză cerebrală care rezultă din descărcarea hipersincronă a unei populaţii neuronale şi deci o anumită manifestare clinică aparţine sau nu aparţine epilepsiei, în mod real neexistînd „echivalenţe". (6)

ECKBORN, SINDROM, sin. MERASTENIE AGITANTĂ. Descrisă de Eckborn, sindromul se caracterizează printr-o imposibilitate de a menţine membrele inferioare liniştite în decubit dorsal, din cauza unor parestezii neplăcute şi însoţite deseori de dureri. Acest sindrom este cunoscut şi sub denumirea de sindromul picioarelor neliniştite; el poate apare secundar în cursul unei terapii cu neuroleptice (mai ales de tip incisiv). După unii autori s-ar datora unor tulburări vasomotorii medulare. (7)

ECLIPSA CEREBRALĂ. Suprimarea bruscă şi de scurtă durată a stării de veghe, datorată de obicei unei tulburări circulatorii pasagere (Marchais). (7)

ECMNEZIE. Se caracterizează printr-o evocare vie şi intensă a unor vechi amintiri, trăite însă ca autentice, ca şi cum s-ar întîmpla în prezent. E. apare în psihoze presenile, senile etc. (7)

ECOENCEFALOGRAFIE. v. ULTRASONOENCEFALOGRAFIE

Scanned with CamScanner

ECOKINEZIE, sin. ECOPRAXIE. Repetarea imitativă a mișcărilor, gesturilor, văzute de bolnav la o altă persoană. E. se întîlnește în schizofrenie, oligofrenie, manie, stări demențiale. (6, 4)

ECOLALIE. Tulburare de vorbire în care bolnavul imită, reproducînd cu mare fidelitate, cuvintele rostite de o persoană oarecare în fața lui (de obicei dintr-o frază, ultimul cuvînt). E. apare în schizofrenie, demențe, confuzie și în oligofrenie. (4, 7)

ECOMIMIE. Se caracterizează prin imitarea expresiei mimice a interlocutorului; ea apare în schizofrenie, la debili mintali, în stări confuzive etc. (4)

ECOPATIE. Preluarea rapidă sub forma unei imitații mai mult sau mai puțin reușite a tuturor gesturilor, mimicii și vorbirii unei persoane, care se adresează bolnavului. Survine în sindromul catatonic. (7)

ECOPRAXIE. v. ECOKINEZIE

ECOUL GÎNDIRII. Trăire subiectivă penibilă, în care bolnavul crede că gîndurile sale sînt auzite și implicit cunoscute de cei din jur. E.G. a fost interpretat de unii autori drept halucinație auditivă; mai recent se consideră a fi o tulburare a limbajului interior, aparținînd automatismului mental. E.G. este un simptom frecvent în schizofrenie și în unele delire cronice halucinatorii. (4, 7)

EFECT PLACEBO. Efectul terapeutic al medicamentelor și în special a celor mai noi poate fi influențat puternic de sugestie. S-a constatat că în unele boli, mai ales acelea care se manifestă prin simptome vagi, imprecise, pînă la 30% din bolnavi răspund favorabil unui nou tratament, datorită exclusiv sugestiei. Această împrejurare complică testarea clinică a noilor medicamente. Pentru a putea face diferențierea între ceea ce aparține realmente medicamentului și ceea ce se datorește sugestiei, s-a imaginat metoda placeboului. Prin placebo se înțelege o formă farmaceutică absolut identică organoleptic cu a medicamentului, dar care nu conține principiul activ al acestuia. Dacă răspunsurile terapeutice obținute cu placebo nu diferă semnificativ, din punct de vedere statistic, de acelea date de medicament, acesta este considerat inactiv. Modurile de utilizare ale placeboului sînt diferite. Astfel, este posibil ca un lot de bolnavi să fie tratat de la început cu placebo, apoi cu medicamentul testat și apoi din nou cu placebo. Schema poate fi simplificată: placebo-medicament sau medicament-placebo. Dacă numai bolnavul nu cunoaște natura exactă a medi-

Scanned with CamScanner

camentului luat, este vorba de metoda „simplul orb". Dacă nici medicul sau personalul mediu, căruia i se poate atribui, în unele cazuri, rolul de supraveghere a bolnavului, nu cunosc natura substanței administrate, avem de a face cu metoda „dublului orb" (v. DUBLUL ORB). (1)

EFECTE SECUNDARE sau REACȚII ADVERSE. Sînt tulburări care apar după administrări repetate sau chiar după prima aplicare a unui medicament. E.S. se pot clasifica în: reacții alergice (de sensibilizare la un medicament sau o substanță cu structură asemănătoare acestuia, cu care organismul a venit anterior în contact); reacții analfilactoide (simptomatic se aseamănă cu precedentele) se datoresc eliberării histaminei din mastocite sub acțiunea unor medicamente ca morfina, curara, hidrolizatele de proteine etc.; reacții farmacogenetice, produse de un deficit genetic care se evidențiază în urma administrării unor medicamente: anemia hemolitică după primachină, paralizia musculară de durată lungă după succinilcolină etc.; reacții de idiosincrazie (de intoleranță la prima administrare a unui medicament), ele pot fi reacții alergice în care alergizarea s-a făcut anterior, fără știrea bolnavului, sau pot apărea ca urmare a unei anomalii enzimatice, din cauza căreia medicamentul nu poate fi metabolizat normal; reacții de tahifilaxie (de toleranță acută, constînd din diminuarea progresivă a acțiunii unui medicament), se observă mai ales în condiții experimentale în cazul amfetaminei și efedrinei; în clinică au semnificație numai în cazul utilizării repetate a angiotensinei și trimetafan-d-camforsulfonatului (Arfonad(R)); reacții de toleranță, care pot fi: înnăscute, — constînd din rezistența permanentă la acțiunea unui medicament, cîștigate ,— acestea din urmă se produc în urma administrării repetate a unor medicamente al căror răspuns va diminua treptat (reacțiile de acest tip se produc în cazul morfinei, barbituricelor etc., toleranță corelată cu fenomenele de dependență și toxicomanie v. DEPENDENȚA și TOXICOMANIA); reacții toxice reprezintă un grup eterogen de reacții adverse, de ex. lezarea ramurii senzitive a perechii a VIII-a a nervilor cranieni de către streptomicină, cardiotoxicitatea antidepresivelor triciclice etc. Aceste reacții toxice pot apărea prin supradozajul acut al medicamentelor sau în urma administrării lor îndelungate. Supradozajul se poate produce chiar la o doză terapeutică în situația în care organele în care se produce biodetoxifierea — ficatul — sau eliminarea medicamentului — rinichiul — prezintă insuficiență funcțională (supradozare relativă). Reacțiile mutagene, teratogene și

Scanned with CamScanner

cancerigene pot fi considerate de asemenea reacţii toxice. Pe lîngă sistematizarea prezentată mai sus, reacţiile adverse mai pot fi prezentate ţinîndu-se seama de faptul că medicamentele, acţionînd asupra sistemelor biologice complexe, pot acţiona într-un mod nefavorabil, determinînd tulburări la nivelul aparatelor şi sistemelor organismului. E.S. trebuie urmărite cu atenţie deoarece pot îmbrăca cele mai diferite aspecte: *Iritarea tubului digestiv* (ac. glutamic, bromurile, carbamazepina, cloralhidratul, cofeina, fenotiazinele administrate per os, sărurile de calciu, per os, tranchilizantele), creşterea secreţiilor tubului digestiv (rezerpina), diaree (derivaţii de Rauwolfia), agravarea ulcerului (cofeina, derivaţii de Rauwolfia), întîrzierea tranzitului (amfepramona, antidepresivele triciclice, barbituricele, benactizina, fenotiazinele, opiaceele), inhibarea florei intestinale (fenotiazinele), stimularea apetitului (clordiazepoxidul, diazepamul, rezerpina), diminuarea apetitului (amfetaminele, imipramina); tulburări funcţionale hepatice (fenacemida, fenotiazinele, imipramina); *Tulburări cardiovasculare:* deprimarea activităţii, hipotensiune arterială, colaps etc. (barbituricele, pe cale i.v., derivaţii de Rauwolfia, cloralhidratul, fenotiazinele, sulfatul de magneziu, pe cale i.v., tranchilizantele etc.), creşterea TA (amfetaminele, metilfenidatul), tulburări de ritm (amfetaminele, calciul, i.v., cofeina, derivaţii de Rauwolfia, fenotiazinele, tranchilizantele), iritarea endovenei (calciul, i.v., clorpromazina, i.v.); *Tulburări respiratorii:* deprimare, insuficienţă (barbituricele, i.v., cloralhidratul, fenotiazinele, meprobamatul, opiaceele, sulfatul de magneziu, i.v.); *Tulburări ale aparatului excretor:* retenţie hidrominerală (barbituricele, fenotiazinele), tulburări de micţiune (amfetaminele, imipramina, opiaceele, tranchilizantele); *Tulburări neurologice:* astenie, incoordonare motorie, tulburări de vorbire (barbituricele, neurolepticele, tranchilizantele), tulburări extrapiramidale (neurolepticele), convulsii (imipramina); *Stimularea, deprimarea, agravarea stării psihice* sau apariţia diferitelor *tulburări psihice* (amfetaminele, barbituricele, bromurile, cofeina, fenotiazinele, imipramina, opiaceele, tranchilizantele), hiposomnie (amfetamina, cofeina, dietilpropiona, meclofenoxatul); *Creşterea presiunii intraoculare,* agravarea glaucomului (antidepresivele triciclice, diazepamul, fenotiazinele, imipramina); *Midriază* (M-colinoliticele); *Depuneri de pigment pe cornee* (fenotiazinele), opacifierea cristalinului (fenotiazinele); *Diferite modificări patologice la nivelul tegumentului şi a mucoaselor* (barbituricele, bromurile, difenilhidantoina, fenotiazinele, opiaceele, imipramina, tranchilizantele);

Scanned with CamScanner

Tulburări ale hematopoezei (carbamazepina, difenilhidantoina, fenacemida, fenotiazinele, tranchilizantele); *Modificări ale libidoului, potenței și tulburări ale ciclului menstrual* (carbamazepina, neurolepticele, sedativele, tranchilizantele); *Tulburări endocrine* (neurolepticele, în special fenotiazinele și derivații de Rauwolfia); *Alergie* (barbituricele, fenotiazinele, difenilhidantoina); *Efecte teratogene*, cu tulburări de dezvoltare ale organelor și sistemelor (v. TERATOGENIA LA PSIHOTROPE). Un grup de medicamente poate da efecte secundare caracteristice (de ex. fenomenele extrapiramidale determinate de neurolepticele incisive), pe cînd alte medicamente produc E.S. proprii substanței respective (ex. reacții de tip disulfiram, sindromul de impregnare la diazepam, erupții cutanate caracteristice după bromuri etc.). De multe ori E.S. nu apar izolate, ci sînt prezente mai multe tulburări determinate de același medicament sau de medicamente asociate. Reacția adversă reprezintă o interacțiune nocivă între medicament, bolnav și starea sa patologică. În acest sens, după Guy Edwards (1977), efectele nedorite ale psihotropelor se pot grupa astfel: a). Reacții adverse rezultate ca urmare a unui efect terapeutic exagerat. Această situație se poate produce după un tratament de lungă durată sau după doze mari de medicamente. Astfel de E.S. pot apărea, de ex., după medicamente cu acțiune deprimantă asupra SNC (sedative, tranchilizante sau neuroleptice), observîndu-se efecte sedative foarte intense. În unele cazuri, această acțiune deprimantă se poate extinde asupra centrilor vitali, rezultînd tulburări grave; b). Reacții adverse, constînd din acțiunile farmacodinamice proprii unei substanțe (coexistă cu efectul lor principal psihotrop). Astfel, sînt efectele M-colinolitice sau de tip atropinic ale unor antidepresive triciclice, benactizinei, fenotiazinelor etc.; c) Reacții alergice (v. mai sus); d) Reacții de idiosincrazie, apărînd instalarea intoleranței de la prima administrare a unui medicament. Acestea au un mecanism mai puțin clarificat, putînd fi legate de anumite însușiri farmacogenetice (deficit enzimatic) sau pot fi reacții alergice în cadrul cărora este ignorată cauza sau momentul sensibilizării. Astfel de exemple sînt constituite de convulsiile care apar după antidepresivele triciclice; toxicitatea crescută a fenitoinei la indivizii cu metabolizare lentă a acestui medicament; apneea prelungită după suxametoniu, la bolnavii cu colinesterază atipică; e) Agravarea unei boli somatice (de ex. porfiriuria acută intermitentă prin barbiturice). Efectele secundare și interacțiunile medicamentoase care pot constitui reacții adverse

Scanned with CamScanner

nu pot fi întotdeauna prevăzute de farmacologia experimentală, ele apărînd uneori numai în condiţiile utilizării clinice a medicamentelor. De multe ori este dificil de precizat dacă este vorba de reacţii adverse propriu-zise sau o simplă coincidenţă. Uneori simptome identice cu cele considerate drept reacţii adverse pot apărea la indivizii testaţi care nu au primit nici un medicament (Reidenberg, citat de Edwards, 1977). Alteori individul poate avea o preocupare excesivă faţă de acţiunea medicamentului care i s-a administrat, focalizîndu-şi atenţia asupra unor funcţiuni, pe care altfel le-ar fi ignorat, sau amplifică unele simptome pe care le-a avut anterior dar pe care le consideră modificate în urma acţiunii medicamentelor primite. De asemenea, bolnavul poate interpreta în mod patologic acţiunea medicamentului sau scopul pentru care i s-a administrat, considerînd că a fost otrăvit etc., apărînd astfel confuzii şi dificultăţi în interpretarea reacţiei adverse. În interpretarea greşită a efectelor secundare un rol important mai revine influenţei sugestiei şi a „efectelor adverse placebo". Pogge (1963) a descris posibilitatea apariţiei unor efecte secundare după placebo, constînd în fenomene de deprimare sau, dimpotrivă, de stimulare ale SNC. Uneori aceste reacţii pot interesa funcţiile diferitelor organe, alteori pot apărea modificări patologice după administrarea placebo-ului (dermatită medicamentoasă, edeme angioneurctice, diaree, vărsături etc.). Sînt situaţii cînd medicul poate interpreta greşit apariţia unei reacţii adverse, mai ales în cazurile în care există un interes excesiv în descoperirea vreunui fenomen deosebit. De multe ori este dificil să se descopere de la început reacţia adversă, aceasta apărînd rar şi observîndu-se numai după nu număr mare de aplicaţii terapeutice, după un timp mai îndelungat (de ex. „reacţia la caş" la bolnavii trataţi cu IMAO şi care au consumat alimente conţinînd tiramină). Cunoaşterea efectelor secundare şi respectarea contraindicaţiilor este deosebit de importantă pentru evitarea unor consecinţe grave (de ex. criza hipertensivă după asocierea IMAO cu simpaticomimetice sau alimente care conţin tiramină). Apariţia oricărei reacţii adverse trebuie consemnată şi raportată prin sistemul de farmacovigilenţă în vigoare în ţara noastră. Această raportare este necesară de asemenea pentru a descoperi un efect secundar care ar putea deveni eventual util pentru terapeutică (de ex. efectul sedativ al antihistaminicelor fenotiazinice a dus la descoperirea clorpromazinei). (5)

EFEDRINA. Este un adrenomimetic izolat din mai multe specii de Ephedra (Ephedra vulgaris, Ephedra viridis, Ephedra

Scanned with CamScanner

equisetina). Izomerul levogir este mai activ decît cel dextrogir. E. este o amină simpatomimetică mixtă (v. şi ADRENERGICE). Principalele sale efecte constau în creşterea presiunii arteriale (care are o amplitudine mai redusă dar este mai îndelungată decît cea determinată de adrenalină), bronhodilataţie, relaxarea musculaturii netede a tubului digestiv, creşterea temperaturii corporale şi a consumului de oxigen, stimularea SNC, excitarea centrului respirator. La femei, de multe ori, efectele excitante ale E. sînt mai puternice decît la bărbaţi. Spre deosebire de adrenalină, E. este activă şi în cazul administrării per os. *Indicaţii terapeutice.* E. se foloseşte în tratamentul astmului bronşic, singură sau în asociaţii. Se mai poate utiliza, datorită efectului stimulativ asupra SNC, şi în intoxicaţiile cu narcotice (stimulează respiraţia şi produce reacţie de trezire). Fiind un vasoconstrictor local, E. se poate administra în rinite şi sinusite. În unele cazuri se întrebuinţează şi pentru examenul fundului de ochi. Avînd o acţiune presoare, este utilizată şi în tratamentul hipotensiunilor de diverse origini (de exemplu hipotensiunea produsă prin administrarea parenterală de chinidină). *Preparate. Posologie.* Preparatul românesc se numeşte Efedrină$^{+}$. Se prezintă sub formă de comprimate de 50 mg clorhidrat de efedrină şi fiole de 1 ml soluţie 1% şi 5%. La adulţi doza uzuală este de 1—3 comprimate pe zi şi 1—2 fiole la zi s.c. sau i.m. (1)

EFFORTIL (etiladrianol). Este un alfa+beta-adrenomimetic, apropiat de adrenalină; se deosebeşte de aceasta prin durata de acţiune mult mai lungă, efect mai puţin prompt dar şi mai puţin brutal. Datorită combinării efectelor alfa şi beta-adrenergice, preparatul este utilizat cu bune rezultate în diverse stări de şoc şi chiar comă. Se mai poate folosi şi în prevenirea şi tratarea tulburărilor circulatorii care acompaniază stările neurotice (în special din hipotensiunea arterială). Reacţiile adverse sînt mai puţin exprimate în comparaţie cu adrenalina. *Contraindicaţii.* v. ADRENALINA. *Preparate. Posologie.* Preparatul Effortil$^{(R)}$ se găseşte sub formă de fiole care conţin 10 mg clorhidrat de etiladrianol. Se administrează s.c., i.m. sau i.v., o dată sau de mai multe ori cîte o fiolă, la intervale de 2—5 ore. În cazurile mai puţin grave se recomandă folosirea comprimatelor de 5 mg sau 5—10 picături din soluţia 0,75% (de trei ori pe zi). (1)

EGOFONIE. Vorbirea excesivă despre propria persoană; survine în isterie, manie, paranoia, PGP. (7)

Scanned with CamScanner

EGOLATRIE. Supraaprecierea propriei persoane și prin aceasta o vădită deformare a tuturor relațiilor cu cei din jur. E. apare în psihopatie, isterie, manie, paranoie. (7)

EIDETISM. Tulburare particulară de percepție descrisă de frații Jaensch constînd dintr-o reprezentare intensă, trăită ca o percepție imediată. Survine în schizofrenie, isterie, stări post-onirice, psihoze presenile etc. (7)

EISOPTROFOBIE. v. FOBIE

ELAN VITAL. Inițial E.V. a fost o noțiune vitalistă (Stahl), înțelegîndu-se acea forță sau principiu care alături de corp și suflet constituie omul în totalitatea sa (Barthez). E.V. sau principiul vital este considerat de Barthez „cauza generală a fenomenelor mișcării și a vieții". Sensul metafizic preluat și de embriologi a fost multă vreme definitoriu pentru E.V. (Driesch). P. Guiraud îl numește dinamism organizator sau formativ, atribuindu-i origine materială, iar Spearmann demonstrează rolul inductor și formativ al buzei dorsale a blastoforului ca substrat material. E.V. după Sherrington este interpretat ca o dorință dublată de afectivitate, el stînd la originea „tonusului" psiho-afectiv al individului. H. Bergson considera E.V. contingent materiei vii și nu predeterminat, iar V. Sähleanu (1976) îl identifică cu elementul cheie din doctrina evoluției creatoare. Modificările E.V., parțial cunoscute, aduc tulburări psihice. Scăderea E.V., a dorinței și a bucuriei de a trăi, este un simptom caracteristic stărilor depresive. Astăzi este stabilită relația dintre efect și E.V. care, foarte probabil, sînt integrate în circuite neuro-dinamice comune. Concepția neuro-biologică a lui P. Guiraud aduce în acest sens o serie de argumente necesare, ea reprezentînd una din teoriile materialiste moderne în psihiatrie. (4)

ELAVIL. v. AMITRIPTILINA

ELECTRA, COMPLEX. v. COMPLEX

ELECTROCORTICOGRAMA. Înregistrarea activității bioelectrice cerebrale prin electrozi plasați direct pe suprafața cortexului cerebral, practicată în cursul intervențiilor neurochirurgicale. (6)

ELECTROD (EEG). Piesă metalică nepolarizabilă, de diverse tipuri, aplicată în principal pe scalp prin mijloace variate (cască, benzi de cauciuc, lipire cu colodiu etc.), ce culege potențialele bioelectrice cerebrale, care sînt apoi conduse în sistemul de amplificare și înscriere grafică. Electrozii se plasează pe scalp după un anumit sistem de reperaj, în mai multe planuri, principalii electrozi fiind următorii: — plan prefrontal

Scanned with CamScanner

(electrod drept și stîng); — plan frontal (electrozi frontali drept și stîng, electrozii temporali anteriori drept și stîng); — plan rolandic (electrozi rolandici drept și stîng, electrozii temporali medii drept și stîng); plan parietal (electrozii parietali drept și stîng, electrozii temporali posteriori drept și stîng); plan occipital (electrozii occipitali drept și stîng). (6)

ELECTROENCEFALOGRAFIE (EEG prescurtat). Metoda de culegere (de pe scalp), amplificare și înscriere, sub formă de grafoelemente, a activității bioelectrice cerebrale, cît și de interpretare a traseului, în principal al frecvenței, amplitudinii și morfologiei grafoelementelor, în colaborare cu datele clinice, ținîndu-se cont de vîrstă, stare de veghe, influențe farmacologice ca urmare a administrării unor medicamente sau alte metode terapeutice folosite în prealabil (ex. EȘ). EEG normală la adult în stare de veghe și relaxare psihosenzorială este reprezentată în esență de o activitate alfa mai bine individualizată în regiunea occipitală, activitatea beta în regiunea frontală și un procent de 10—15% unde theta în regiunea frontotemporală. Există multiple variații în cadrul limitelor normalului. (6)

ELECTROFOBIE. v. FOBIE

ELECTROPLEXIE. După Marchais este de fapt o criză epileptică produsă de EȘ. (7)

ELECTROSOMN, sin. ELECTRONARCOZA. Procedeu terapeutic derivat din EȘ și care constă în provocarea unei contracții tonice, urmată de o fază de somn profund, asemănător narcozei, cu ajutorul curentului electric. *Tehnica.* După administrarea prealabilă a unei fiole de atropină, în scopul reducerii secrețiilor bronșice, se aplică electrozii în regiunea temporală și se lasă să treacă un curent cu o intensitate de 200—250 mA timp de 50—60 secunde, după care intensitatea curentului se scade brusc la cca 100 mA. La declanșarea curentului, bolnavul prezintă o contractură tonică a musculaturii striate, cu suprimarea stării de conștiință și apnee totală. Cînd intensitatea curentului scade la 100 mA, faza tonică cedează și se reia respirația. Intensitatea curentului se reduce progresiv pînă la obținerea unei respirații normale, liniștite, apoi curentul se întrerupe, bolnavul continuînd să doarmă cca 10—15 minute. Indicațiile electrosomnului, sînt în mare aceleași cu ale EȘ, prezentînd, față de acesta, avantajul eliminării fazei clonice și prezența unei faze tonice mai puțin brutale, ceea ce duce la o lărgire a indicațiilor comparativ cu EȘ simplu. Rezultatele obținute nu sînt însă superioare EȘ; metoda relativ

Scanned with CamScanner

greoaie, astăzi aproape că nu se mai practică, fiind înlocuită de EŞ protejat. (2)

ELECTROŞOC, sin. ELECTROTERAPIE CONVULSIVANTĂ, SEISMOTERAPIE. În 1938 Cerletti şi Bini folosesc curentul electric pentru producerea convulsiilor. Utilizarea curentului electric are o serie de avantaje faţă de cardiazol printre care: limitarea contraindicaţiilor, uşurinţa în mînuire, dozarea precisă a cantităţii de curent folosit. În principiu, aparatul este format dintr-un reostat cu ajutorul căruia se reglează tensiunea curentului între valori de 90—160 volţi, la o intensitate fixă de 50—250 mA, în funcţie de tipul de construcţie al aparatului, şi un releu de timp, mecanic sau electronic, care permite alegerea unei durate de timp convenabile. Aparatul este prevăzut cu 2 electrozi care se plasează în regiunile temporale, după o prealabilă degresare a tegumentelor. Frecvenţa curentului este de 50 Hz avînd o formă sinusoidală. Se pot folosi însă şi curenţi cu alte frecvenţe, de forme rectangulare sau în dinţi de fierestrău, obţinuţi cu ajutorul unor redresoare. *Tehnică.* În vederea tratamentului cu EŞ bolnavii sînt supuşi în prealabil unui examen medical amănunţit (pentru depistarea eventualelor contraindicaţii). Bolnavul este aşezat în decubit dorsal fără pernă sub cap. În gură se introduce o garnitură de cauciuc învelită în tifon pentru protejarea danturii şi evitarea muşcării limbii în timpul convulsiilor. Două cadre medii sanitare ajutătoare protejează articulaţiile scapuloumerale şi susţin mandibula pentru evitarea eventualelor luxaţii. O a treia persoană aplică electrozii, înveliţi în tifon şi înmuiaţi într-o soluţie de electroliţi (salină), în regiunile temporale, în prealabil degresate cu alcool. Se preselectează tensiunea de lucru şi timpul de trecere a curentului, după care se declanşează aparatul prin apăsarea unui buton. Criza convulsivă durează aproximativ 1 minut, perioadă în care bolnavul se află în apnee totală. Crizele convulsivante sînt provocate de trecerea curentului electric prin cutia craniană, provocînd o depolarizare bruscă a membranei neuronale ceea ce duce la o descărcare sincronă a potenţialului bioelectric. Se presupune că din cantitatea de curent utilizată doar 5—7% trece prin substanţa cerebrală, restul de 93—95% fiind absorbit de ţesuturile moi şi calotă. EŞ cuprinde următoarele faze: — faza de contracţie iniţială, cu o durată de cîteva zecimi de secundă, perioadă egală cu timpul de descărcare al aparatului; datorită contracţiei bruşte a musculaturii toracice, aerul este expulzat prin glotă (strigăt iniţial); — faza de latenţă, cuprinsă între

Scanned with CamScanner

5—30 secunde; — faza tonică; apar contracţii tonice ale întregii musculaturi striate cu excepţia miocardului, ele sînt deosebit de puternice şi imprimă bolnavului o poziţie caracteristică fie în opistotonus, fie prin proiectarea membrelor superioare în sus; — faza clonică urmează la cîteva secunde după faza tonică, apar clonisme de mică amplitudine, dar cu frecvenţă mare, care treptat devin mai ample, frecvenţa scăzînd invers proporţional cu amplitudinea, după care bolnavul se linişteşte; — faza de somn comatos începe prin reluarea respiraţiei şi durează de la cîteva minute la cîteva ore. La trezire bolnavul prezintă o amnezie totală a episodului. *Indicaţii.* Astăzi EŞ este aplicat într-o serie de afecţiuni psihice, între care indicaţiile majore le constituie psihozele afective (melancoliile), schizofrenia (în special forma catatonică) şi unele stări confuzionale. *Contraindicaţii.* Bolile somatice grave cardiovasculare, respiratorii, leziuni osoase, osteoporoză, sindrom de hipertensiune intracraniană, HTA. *Accidente.* Accidentele mortale sînt extrem de rare dacă se respectă indicaţiile (3/5000—1/100.000—1/5000—1/20.000). În clinica psihiatrică Cluj-Napoca, pe o statistică pe 20 de ani, la cca. 55.000 EŞ simplu nu s-a înregistrat nici un deces. Pot însă apare subluxaţii sau luxaţii scapulo-humerale şi de mandibulă, precum şi tasările vertebrale. O complicaţie de temut este apneea prelungită şi stopul cardiac care necesită o intervenţie terapeutică de mare urgenţă. Rezultatele favorabile încep să apară de la caz la caz şi în funcţie de cadrul nozografic, între 3—10 şedinţe, fiind mai precoce în psihozele afective şi mai tardive în schizofrenie (şedinţele se practică într-un ritm de 2—3 pe săptămînă, dar se pot utiliza şi zilnic sau chiar 2—3 şedinţe pe zi). După cca 8—14 şedinţe se pot instala tulburări mnestice şi de orientare, dînd naştere unui pseudosindrom Korsakov, denumit „abrazare". Tulburările sînt reversibile şi dispar după 7—21 zile de la întreruperea tratamentului. Murilo, Exner (1973) preconizează serii mari de EŞ, practicate zilnic, pînă la cca 40 şedinţe. cu bune rezultate în formele paranoide ale schizofreniei şi în psihozele delirante cronice. *Alte metode de EŞ. EŞ unilateral.* În scopul limitării tulburărilor mnestice se practică, în unele ţări (S.U.A.), EŞ unilateral pe hemisferul dominant. În acest fel se obţin rezultate favorabile fără o abrazare intensă a bolnavului. *EŞ protejat* a apărut din necesitatea limitării pe cît posibil a contraindicaţiilor EŞ simplu. Metoda constă în curarizarea bolnavului cu un curarizant sintetic cu acţiune scurtă (miorelaxin) sub narcoză barbiturică (Pentotal, Baytinal)

Scanned with CamScanner

şi respiraţie asistată. În acest fel, la declanşarea curentului nu se mai produc convulsiile, iar contraindicaţiile EŞ protejat sînt aproape inexistente. Eficienţa EŞ protejat pare însă mai redusă decît a EŞ simplu necesitînd un număr mai mare de şedinţe pentru obţinerea aceloraşi rezultate. Clinica Psihiatrică din Cluj-Napoca are o bogată experienţă în utilizarea EŞ protejate (peste 10.000 şedinţe), fiind în acelaşi timp şi printre primele unităţi medicale psihiatrice în care s-a introdus EŞ protejat (S. Bratucu). Mecanismul de acţiune este puţin cunoscut, EŞ făcînd parte din terapiile diencefalice, nespecifice. S-a crezut că în timpul EŞ s-ar secreta o substanţă cu acţiune favorabilă asupra diencefalului (Cerletti şi Bini). Unii acordă un rol important hipoxiei cerebrale din faza de apnee, pe cînd alţii, cataboliţilor rezultaţi din procesele metabolice intense din faza tonico-clonică. Delmas-Marsalet credea în ipoteza dezorganizării şi reorganizării activităţii psihice sub influenţa EŞ în sens jacksonian. Indiferent de mecanismul de acţiune, eficienţa EŞ face ca acesta să rămînă înscris în arsenalul actual terapeutic. (2)

ELEMENTARE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

ELENIUM. v. CLORDIAZEPOXID

ELFENOR, SINDROMUL LUI. Logre a descris o stare crepusculară cu veghe parţială, dismnezie şi oscilaţii afective, observat la persoanele care se trezesc într-un loc necunoscut. A. Porot crede că este un semiautomatism subconştient, care poate apare şi după un consum excesiv de băuturi alcoolice sau după o doză mare de barbiturice. Denumirea este dată după unul din marinarii lui Ulisse. (7)

EMBOLOLALIE. v. EMBOLOFAZIE

EMBOLOFAZIE, sin. EMBOLOLALIE. Merkel şi Küssmaul au descris o tulburare de limbaj caracterizată prin apariţia unor litere sau cuvinte fără sens în cadrul vorbirii. E. survine în encefalopatie, ASC, schizofrenie, demenţe. (7)

EMEROFONIE. Tulburare de vorbire caracterizată prin blocaj verbal apărut în timpul nopţii. E. apare în neuroze, stări anxioase, epilepsie, schizofrenie. (7)

EMETOFOBIE. v. FOBIE

EMPATIE. Transfer particular de stare afectivă a unei persoane asupra alteia. Muchielli subliniază drept caracteristic pentru E. efortul de a înţelege ceea ce trăieşte persoana respectivă. În psihoterapie, E. caracterizează atitudinea psihoterapeutului faţă de bolnav, un fel de „simpatie rece“ care exclude

Scanned with CamScanner

atît interferența aspectelor etice cît și o identificare de trăire afectivă. (7)

ENCEFABOL (Encephabol(R), Enerbol(R), piritioxina). Este un compus înrudit chimic cu piridoxina; are efecte stimulatoare asupra SNC fapt pentru care este indicat în psihastenie, cerebrastenie, neurastenie. Se administrează de trei ori pe zi cîte 100 mg. (1)

ENCEFALITA. Neuroinfecție ce afectează parenchimul cerebral a căror agenți patogeni principali sînt de două categorii: — *virusuri;* E. poate avea un caracter primitiv, prin localizarea directă și obligatorie a virusului în SNC, sistematizată după topografia leziunilor în polioencefalită, leucoencefalită și panencefalită, sau secundar, în viroze generale, prin localizarea encefalică a unui virus facultativ neurotrop sau printr-un mecanism alergic; — *microbi;* E. realizîndu-se prin difuzarea (din spațiile subarahnoidiene, limfatic și de-a lungul tecilor nervoase), embol septic sau mecanism patogenic complex (infecțios, toxic-vascular, anoxic-alergic). Procesul inflamator poate interesa, în grade variate, meningele (meningoencefalită), măduva spinării (meningoencefalomielită) sau să cuprindă și parenchimul nervos periferic (encefalomielopoliradiculonevrită). Encefalul ca atare poate fi afectat în modalități topice diferite: encefal (encefalită), trunchi cerebral (encefalită de trunchi cerebral), rombencefal (rombencefalită) etc. Tulburările psihice din E. sînt de obicei centrate pe modificările survenite în starea de conștiință (de durată și intensitate variabile). Prin gradul și întinderea lor, modificările stării de veghe vor determina apariția și a altor simptome din seria cognitiv-conativă și afectivă. (6)

ENCEFALOGRAFIE GAZOASĂ. v. PNEUMOENCEFALOGRAFIE

ENCEFALOPATIE. Noțiune generală ce desemnează afecțiuni diferite prin etiologie, patogenie, morfopatologie și aspecte clinice; toate E. au la bază leziuni cerebrale difuze. Schematic E. pot fi sistematizate după cum urmează: E. acută hipertensivă; E. dismetabolică-hipoglicemică, tezaurismoze, lipide; E. hipoxică; E. senilă; E. toxică-etilică (Gayet-Wernicke, Marchiafava-Bignami), medicamentoase, toxice profesionale; E. traumatică. *Clinic,* E. poate avea o evoluție acută, subacută, cronică (caracter sechelar). În toate E. se întîlnesc tulburări psihice multiple și variate în funcție mai ales de gravitatea leziunilor. Prognosticul rămîne, de cele mai multe ori, rezervat din cauza leziunilor survenite. (6)

Scanned with CamScanner

ENCEFALOZA. Concept nozografic introdus de Marchand (1950) pentru a explica patogenia unor psihoze exogene toxice şi infecţioase, plecînd de la natura leziunilor anatomopatologice întîlnite. E. este considerată de autor ca o modalitate de reacţie somatoencefalică a SNC în faţa unor stimuli diverşi, realizînd leziuni corticale şi subcorticale de tip degenerativ, cu o alterare gravă a stării de conştiinţă, aşa cum se întîmplă în delirul acut azotemic (v. DELIR ACUT AZOTEMIC) şi în delirium tremens (v. DELIRIUM TREMENS). (2)

ENCOPREZIS. Se înţelege defecaţia involuntară, care apare în absenţa oricărei leziuni organice ce ar putea să o explice. E. apare la copii şi pare determinată de factorii psihoafectivi stressanţi (stări conflictuale), adesea pe un teren de imaturitate psiho-afectivă. Beneficiază în largă măsură de metode psihoterapice. (4)

ENDOGEN. Factori patogeni interni, în mare parte încă insuficient elucidaţi, care ar determina în special schizofrenia şi psihoza maniaco-depresivă, fapt pentru care aceste boli sînt cunoscute şi sub denumirea generală de psihoze endogene. (7)

ENDOSCOPICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

ENERBOL. v. PIRITINOL

ENORMITATE, DELIR DE. v. DELIR

ENTEROCEPTIVE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

ENTOMOFOBIE. v. FOBIE

ENUREZIS. Este emisiunea involuntară de urină, mai ales nocturnă, care apare la copii. E. este o tulburare funcţională de origine variată care trebuie deosebită de incontinenţa urinară, care are o etiologie organică bine determinată. Micţiunea involuntară este normală la noul născut şi disciplinarea sfincterelor se instalează după vîrsta de 2 ani. Peste această vîrstă, micţiunile involuntare de urină sînt considerate anormale şi este necesară investigarea cauzelor în vederea instituirii unei terapii adecvate. E. poate fi determinat de o distonie neurovegetativă, de o spina bifida sau de o traumă psihoafectivă; adesea aceste cauze se pot asocia. Există şi o explicaţie psihanalitică, conform căreia E. ar reflecta infantilismul afectiv. *Tratamentul* este dificil şi de lungă durată; el trebuie individualizat în raport cu cauzele care i-au dat naştere, după un examen clinic şi paraclinic foarte atent. Se insistă asupra regulilor de igienă, a reducerii cantităţii de lichide ingerate în a doua jumătate a zilei, reeducarea sfinteriană prin micţiuni la ore stabilite, în special, trezirea noaptea la o anume oră, pentru micţiune, alături de întrebuinţarea unor medicamente tonice, antispas-

Scanned with CamScanner

modice și reechilibrante ale SNC: Belergon, Distonocalm, ac. fosforic (Na glicerofosforic) vit. B_1, B_6. În ultimul timp, doze mici de Antideprin, fizioterapie. De mare valoare — mai ales în cazurile psihogene — este psihoterapia de cursă lungă. (4)

ENTUMIN. v. DIBENZOTIAZEPINA

EOZOFOBIE. v. FOBIE

EPILEPSIE. *Manifestări psihice critice.* Polimorfismul simptomatologic critic al E. vizează și sfera psihică, în principiu printr-o simptomatologie psihică „pură" sau intricată cu alte simptome de ordin motor sau vegetativ. În esență, în acest cadru referirea se face la crizele epileptice parțiale (localizate, focale) cu simptomatologie complexă, care, în general, se asociază cu modificări de conștiință. 1). Pseudoabsența temporală (falsa absență temporală; criza parțială temporală cu obnubilarea conștiinței), manifestată printr-o criză ce constă într-o alterare exclusivă a conștiinței sub forma unei absențe, dar de durată mai lungă și eventual urmată de o stare confuzivă de cîteva minute, ce trebuie diferențiată de absența simplă petit-mal (foarte scurtă, fără fenomene postparoxistice), formă a epilepsiei primar generalizată, neconvulsivă. 2). Crizele psihomotorii. Termenul definește crizele epileptice reprezentate de manifestări psihice sub forma unei alterări mai mult sau mai puțin profunde a conștiinței la care se asociază o serie de acte motorii simple sau complexe, dar cu caracter automat, deci în afara dorinței individului de a le executa: automatisme gestuale, verbale, gelastice, mimice, sau acte motorii mai complexe sub forma automatismelor ambulatorii, diurne sau nocturne, ce presupun deci deplasarea în spațiu a bolnavului, cu o durată mai lungă, atingînd chiar cîteva ore sau uneori zile, la sfîrșitul crizei bolnavul fiind nedumerit de noua ambianță în care se află. 3). Crize psihosenzoriale. Termenul definește o serie de tulburări critice de percepție, de tipul iluziilor sau halucinațiilor auditive, olfactive, schemă corporală sau crize de afazie senzorială. 4). Crize cu simptomatologie „cognitivă", cu manifestări critice, cu precădere în domeniul mnezic și ideativ. În acest cadru se deosebesc: a) crize cu simptomatologie de tip dismnezic sau paramnezie, în care există o modificare particulară de conștiință, astfel încît la sfîrșit bolnavul poate relata ceea ce a experimentat în timpul crizei. Acest tip de crize se concretizează clinic prin starea de vis (dreamy state) cu fenomene déjà vu (v. DÉJÀ VU, JAMAIS VU) sau viziunea panoramică, criză în care, pe fondul alterării conștiinței bolnavul retrăiește brusc și deosebit de intens un episod din viața sa

Scanned with CamScanner

anterioară. În acest cadru pot apare şi crizele de tip amnezic. b) Crize cu simptomatologie ideativă (crize ideatorii), reprezentate de ideea parazită sau gîndirea forţată (forced thinking) în care paroxismul este reprezentat de o idee străină sau o gîndire „obligată" constrînsă şi în afara propriei voinţe. Frecvent, la sfîrşitul crizei, bolnavul nu poate relata conţinutul ideativ, dar ştie că a fost constrîns să se gîndească intens la ceva. 5). Crize cu simptomatologie paroxistică afectivă, reprezentate de apariţia bruscă a unei crize de rîs, mai frecvent decît a uneia de plîns, crize paroxistice anxioase, de beatitudine, crize de depresie sau, în fine, crize de furie. Diagnosticul manifestărilor psihice critice în E. se sprijină pe mai multe categorii de fapte, ce necesită o analiză amănunţită. Criteriile cu valoare practică ar fi următoarele: relatările bolnavului (eventual chiar parţiale) referitoare la ceea ce a „trăit", „simţit" în timpul crizei, coroborate cu date obiective relatate de persoanele care au văzut desfăşurarea crizei; descrierea desfăşurării crizei, respectiv a atitudinii, a actelor psihomotorii, răspuns la incitaţii şi orice alt fenomen, inclusiv comportamentul general al bolnavului din timpul crizei; analiza atentă a eventualei simptomatologii asociate, în afara celei „pur" psihice; stabilirea antecedentă a unor manifestări cu caracter de criză. Practic majoritatea înregistrărilor EEG se efectuează intercritic, deci în intervalul dintre crizele E., cunoscîndu-se că, aproximativ 15% din persoanele cu manifestări clinice certe de E., prezintă traseu intercritic în limite normale, în al doilea rînd, există posibilitatea ca traseul EEG intercritic să conţină elemente necaracteristice E., în al treilea rînd, din punct de vedere EEG valoarea specific epileptică o au doar descărcările de complexe vîrf-undă de 3 c/s, restul anomaliilor EEG caracteristice E nu pot oferi certitudine decît dacă sînt corelate cu tabloul clinic. Pot de asemenea exista neconcordanţe între tipul clinic al crizelor şi tipologia grafo-elementelor EEG. Se semnalează de asemenea necesitatea unor investigaţii EEG repetate, tehnic corecte, care pot ridica procentul anomaliilor caracteristice E. pînă la 80—90% din cazuri. Diagnosticul de E. trebuie să parcurgă mai multe etape: anamneză, date clinice, investigaţii paraclinice în cadrul cărora EEG are o pondere evidentă. *Tulburări psihice.* Caracterizată printr-un polimorfism simptomatologic remarcabil, E. este totuşi o maladie a cărei modalităţi de expresie clinică sînt în principal de natură critică, respectiv concretizate în crize, ce au un corespondent clinic şi EEG. Crizele epileptice sînt crize cerebrale rezultate ca urmare a unei descărcări hipersincrone a unui grup

Scanned with CamScanner

de neuroni hiperexcitabili, care trebuie în principiu diferențiate de alte crize cerebrale care rezultă din depresiunea bruscă a funcțiilor unei populații neuronale (crize cerebrale ischemice, asfixice, anoxice, hipoglicemie etc.) sau crizele cerebrale ce depind de activarea neuronilor cerebrali prin factori psihogeni (crize isterice, crize anxioase). Abordînd problema „tulburărilor psihice" în E. este necesară o diferențiere de principiu între simptomele psihice în E. și tulburările psihice din E. Polimorfismul potențial al fenomenelor critice epileptice se poate manifesta și printr-o simptomatologie psihică paroxistică, asociată sau nu cu alte simptome de ordin neurologic sau vegetativ. Termenul de tulburări psihice în E. definește numai acea simptomatologie psihică ce are o structură psihopatologică concretizată sindromologic în esență printr-un model de tip psihotic, psihopatoid sau demențial, simptomatologie care nu este în relație directă cu manifestările critice epileptice. Un argument în favoarea acestei distincții de principiu îl reprezintă autocritica bolnavului față de manifestările psihice din cadrul E. Pentru o serie de manifestări psihice critice, care reprezintă expresia clinică a unei crize epileptice, bolnavul recunoaște net natura patologică a simptomelor psihice pe care le-a prezentat (stare de vis, cu déjà vu, jamais vu, ideea parazită, gîndirea forțată, unele crize psihosenzoriale etc.). Pentru ceea ce numim tulburări psihice în E., autocritica bolnavului, față de simptomatologia psihică, este abolită (demență epileptică etc.) sau în orice caz parțială și deformată în raport cu realitatea obiectivă a simptomelor (iritabilitatea și irascibilitatea și în general tulburările de comportament). Manifestările psihice din E. trebuie raportate la dinamica maladiei epileptice, diferențiind simptomatologia psihică, critică, de manifestările psihice tranzitorii, intercritice sau de cele permanente, ce au o anumită structură psihopatologică. Numai în aceste două ultime eventualități, termenul de tulburări psihice în E. își găsește justificarea deplină. Dealtfel în sensul celor menționate, se subliniază că mulți bolnavi epileptici nu au nici un fel de „tulburări psihice" și, ca urmare a controlării medicamentoase a crizelor epileptice, realizează o bună integrare socio-profesională. *Tulburările psihice intercritice* sînt reprezentate în principal de episoade de tip psihotic, tranzitorii, fără o relație semnificativă cu gravitatea maladiei epileptice, ce apar după o perioadă mai lungă de timp de la debutul E. și care în raport cu dinamica manifestărilor critice se manifestă frecvent ca un fenomen

Scanned with CamScanner

postcritic. Clinic, structura psihopatologică a acestor tulburări psihice este polimorfă; ea poate fi totuşi sistematizată după cum urmează: — tulburări de conştiinţă de tipul stărilor crepusculare sau confuzionale cu elemente stuporoase sau onirice; — psihoze delirante şi/sau halucinatorii care se manifestă sub formă de bufeu, psihoze pseudoschizofrene cu evoluţie regresivă, în care tabloul clinic este mult mai complex, în sensul că există şi tulburări de desfăşurare a gîndirii, dar fără o disociaţie propriu-zisă, tulburări de percepţie de tip halucinator, fenomene de depersonalizare; — psihoze afective tranzitorii de tip depresiv, maniacal sau mixt. Integrarea episoadelor psihotice în grupul tulburărilor psihice intercritice epileptice poate întîmpina practic unele dificultăţi. Elementele orientative de diagnostic sînt reprezentate în general de cunoaşterea faptului că bolnavul este un epileptic, că eventual acest episod psihotic se manifestă postcritic, cît şi de datele EEG, atît în direcţia absenţei unor modificări bioelectrice de natură critică, cît şi a unei posibile „normalizări" a traseului EEG în cursul acestor episoade intercritice, fenomen cunoscut sub denumirea de „normalizare forţată" (H. Landolt). *Tulburările psihice permanente* se conturează spre un sindrom demenţial sau spre un sindrom de tip psihopatoid, în sensul existenţei unor tulburări manifeste şi permanente de comportament. Într-o viziune mai largă, în acest cadru este necesară precizarea anumitor aspecte ale capacităţilor operaţionale ale gîndirii, cît şi anumite particularităţi de personalitate ce determină existenţa unor tulburări comportamentale şi care au dus la descrierea a ceea ce unii numesc „caracter epileptic". Existenţa acestor modele de tulburări psihice nu este obligatorie; mulţi bolnavi au capacitatea unei integrări socio-profesionale satisfăcătoare, mai ales în condiţiile unui tratament antiepileptic ambulator corect şi sistematic şi a unei orientări profesionale adecvate. În determinarea tulburărilor psihice permanente la un epileptic se pare că o mare importanţă o au anumiţi factori etiologici generali ai E., respectiv natura leziunilor encefalice, iar într-un anumit sens şi forma clinică, deoarece aceste tulburări sînt mai frecvente în crizele generalizate convulsive majore (grand mal) cît şi în E. temporală. Unii autori au semnalat importanţa leziunilor din rinencefal în apariţia tulburărilor de comportament. În determinarea tulburărilor de personalitate nu trebuie subestimat complexul de stări psihogene

Scanned with CamScanner

trăite de bolnav, ca urmare a existenței bolii, și care pot să favorizeze instalarea unor anumite particularități de personalitate. Tulburările psihice permanente la bolnavul epileptic pot reprezenta un factor important al modificării capacității de adaptare socio-profesională și ele sînt în general agravate de consumul de băuturi alcoolice. a). Tulburările capacităților operaționale ale gîndirii la bolnavii epileptici, în forma cea mai gravă situează bolnavul în limitele unei demențe, dar gama acestor tulburări este mult mai nuanțată, nivelul intelectual putînd fi divers, existînd și posibilitatea ca el să varieze pe parcursul evoluției bolii (agravare în condițiile necontrolării crizelor prin tratament antiepileptic). Un element caracteristic este bradipsihia, asociată cu dificultăți distributive ale atenției, de unde rezultă o altă caracteristică, stereotipia; bradipsihia nu este asociată obligatoriu și cu modificări calitative ale proceselor operaționale ale gîndirii, dar frecvent ele coexistă. Demența epileptică nu este un epilog habitual al maladiei, ci depinde în mare măsură de o serie de factori. Deci nu există o demență epileptică specifică, aspectul demențial fiind în relație cu particularitățile substratului lezional cerebral, ale vîrstei de producere a leziunilor, cît și cu alți factori. Clinic, demența în cadrul E. se instalează progresiv, printr-o deteriorare intelectuală globală, asociată cu alte simptome caracteristice demențelor (v. DEMENȚE). b). Tulburările de comportament la epileptici sînt consecința unei particularități de personalitate descrisă sub denumirea de bipolaritate, adică tendința de a oscila între reacții de tip impulsiv (uneori coleroase), și cele de tip adeziv, cît și a fenomenelor de iritabilitate permanentă, irascibilitate sau a fenomenelor disforice și de vîscozitate psihoafectivă. Se menționează de asemenea posibilitatea apariției unei simptomatologii de natură isterică la unii epileptici (v. ISTERO-EPILEPSIA). Pentru a oferi o imagine de ansamblu a tulburărilor psihice în E. trebuie menționată și o eventualitate mai rară, reprezentată de posibilitatea instalării treptate a unei psihoze delirante cronice, cu o tematică delirantă mistică sau paranoidă. *Tratament.* Problemele terapeutice în E. sînt complexe, desfășurîndu-se de la tratamentul medicamentos pînă la problemele de asistență socială și sînt, în general, în relație cu tipul tulburărilor psihice. În principiu, singurul tratament valabil în tulburările psihice critice este reprezentat de un tratament antiepileptic, în doze suficiente, administrate zilnic fără nici o întrerupere, sub control clinic și EEG, asociat cu dozarea concentrației medicației antiepileptice. În cazul tulbu-

Scanned with CamScanner

rărilor psihice intercritice, principiul terapeutic de bază constă în asocierea medicației antiepileptice cu terapia neuroleptică, în funcție de aspectul psihopatologic al tulburărilor psihice. Dintre neuroleptice, fenotiazinele sînt cele mai accesibile și dau rezultate bune. Prin natura lor, tulburările psihice permanente sînt mai greu de influențat, deoarece această categorie de bolnavi necesită internări repetate, iar ameliorările care se obțin pot avea un caracter pasager. Tulburările de comportament (impulsivitate, iritabilitate) sînt influențate favorabil atît de doze moderate de clorpromazin sau levomepromazin, cît și de tioridazin sau propericiazin (Neuleptil). O acțiune de „stabilizare a caracterului" ar poseda unele substanțe antidepresive (ex. amitriptilina). Medicația neuroleptică, uneori și cea tranchilizantă (Diazepam), reduc intensitatea tulburărilor de comportament, creînd premise favorabile unei integrări, cel puțin sociale, satisfăcătoare. Terapia tulburărilor psihice permanente necesită și un cadru organizatoric adecvat pentru acei bolnavi care au nevoie de internări de durată mai lungă, recomandîndu-se în special ergoterapia ca adjuvant al terapiei medicamentoase. În recuperarea bolnavilor epileptici, principalul factor invalidant este reprezentat de pierderea paroxistică a conștiinței, iar în al doilea rînd existența tulburărilor psihice (cu caracter permanent), care se întîlnesc la aproximativ 10% din epileptici. În funcție de acești doi parametri principali se efectuează atît expertiza capacității de muncă, cît și planul de recuperare, prin măsuri medico-sociale, dintre care se menționează necesitatea unei corecte orientări profesionale. În expertize medico-judiciare, criteriile orientative sînt reprezentate de posibilitatea comiterii faptului în contextul suspendării paroxistice a conștiinței, cît și de posibilitatea existenței tulburărilor psihice, care, prin natura lor, pot modifica discernămîntul epilepticului în grade variabile. În orice caz, ca o idee generală se menționează că E. nu duce obligatoriu la o modificare a discernămîntului în raport cu fapta comisă. (6)

EPILEPSIE KOJEVNIKOV, sin. EPILEPSIE PARȚIALĂ CONTINUĂ. Afecțiune rară, care de fapt este o encefalită virală cronică, cu epilepsie focală. (6)

EPILEPTIFORM. Manifestări aparent similare cu epilepsia, dar de altă origine. (7)

EPILEPTOID. Tulburare de personalitate similară cu aceea din epilepsie și caracterizată prin adezivitate, inerție, impulsivitate și bradipsihie. Se poate întîlni în familiile epilepticilor. Sub această denumire este cunoscută și o formă clinică de

Scanned with CamScanner

psihopatie. Modificările EEG pot să fie prezente, în schimb nu apar crize epileptice, iar Minkovski a definit constituţia E. drept o stare congenitală tipică pentru epilepsia în care elementele caracteristice sînt formate de vîscozitate şi impulsivitate. (7)

EPUIZARE, DELIR DE. v. DELIR

EREMOFOBIE. v. FOBIE

ERGAZIFOBIE. v. FOBIE

ERGOTERAPIE. În sensul cel mai larg, prin E. se înţelege terapia prin muncă — ea fiind una din metodele terapiei ocupaţionale. Între primii psihiatri care au susţinut E. se menţionează Ph. Pinel şi B. Rush. În secolul al XX-lea, ea este instituţionalizată şi introdusă în majoritatea spitalelor mari din Europa şi America. Psihiatria românească s-a situat pe poziţii înaintate, ea cunoscînd şi aplicînd metodologia specifică E. încă de la sfîrşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea, aşa cum reiese din lucrările prof. Obreja, Ureche, Preda. Într-un sens mai restrîns şi mai precis, E., spune A. Popescu, „are la bază semnificaţia intrinsecă a muncii în procesul de reinserţie profesională“ şi socială a bolnavului. „Ea trebuie să ducă la formarea unor stereotipuri dinamice iar, ulterior, prin intermediul unei activităţi productive remunerate şi condusă medical, să se ajungă la o reabilitare socială“. Fireşte E. necesită un cadru organizatoric şi o dotare tehnico-materială corespunzătoare, iar indicaţiile medicale trebuie stabilite cu precizie în funcţie de bolnav şi felul bolii. Mai frecvent, E. se desfăşoară în cadrul unor ateliere (tîmplărie, olărie, mecanică, de reparaţii, de ţesut, artizanat, croitorie etc.), dar ea rămîne deschisă iniţiativelor celor mai variate. Legislaţia în vigoare reglementează cadrul şi posibilităţile E. (HCM nr. 1210 din 1970). (4)

ERETISM MINTAL. Tulburare psihică în care în locul calmului se instalează instabilitate, exaltare, nelinişte. E. apare în neurastenie, traumatism craniocerebral, toxicomanie medicamentoasă etc. (7)

EREUTOFOBIE. v. FOBIE

ERITROFOBIE. v. FOBIE

EROTICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

EROTISM URINAR. Termen psihanalitic prin care se înţelege o deviere de la subiectul sexual prin fenomene de transgresiune sau fixare şi regresiune (v. PERVERSIUNI SEXUALE) şi în care satisfacţia erotică se obţine recurgînd la utilizarea altor zone erogene decît cele normale. În cazul E.U., excitaţia sexuală este provocată de distensia vezicii urinare.

Scanned with CamScanner

H. Ellis susţine că există o relaţie de compensare între excitaţia sexuală şi vezicală; dacă această modalitate de plăcere a fost încercată în copilărie, ea predispune — cel puţin într-un anumit număr de cazuri — la repetare; în această ultimă situaţie cîştigă caracterele unei veritabile „masturbaţii urinare“ (W. Stekel). (4)

EROTOMANIE. Termenul semnifică preocuparea excesivă a unei persoane faţă de aspectele vieţii amoroase. Bolnavul se simte irezistibil atras în sfera iubirii pure, platonice, pînă la trăirea delirantă, ceea ce deosebeşte erotomania de nimfomanie sau de satiriazis. Primele descrieri clinice aparţin psihiatriei clasice (Esquirol, 1838), iar ulterior o contribuţie însemnată aduce Clérambault, Leconte, Dide şi Guiraud. Astăzi se distinge E. pură, ce corespunde descripţiei clasice, şi o E. asociată sau intricată, determinată de boli psihice ca PGP, schizofrenie, isterie, delire cronice progresive. (4)

EROTOMAN, DELIR. v. DELIR

EROTISM, sin. AFRODIZIE. Exagerarea preocupărilor sexuale; apare la debili mintali, debut PGP, alcoolism, psihopatie. (7)

EROSTRATISM. La Valette a definit prin acest termen particularităţile caracteriale întîlnite la debilii mintali şi traduse prin vanitate, răutate şi amoralitate. (Termenul este inspirat de Erostrate, incendiatorul templului Dianei din Efes). (7)

ESKALITH. v. LITIU

ESTETICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

ESTEZIOTERAPIE. Formă specială a psihoterapiei de grup descrisă de J. Angel şi A. Gay (1952) şi caracterizată prin comutarea preocupărilor neurotice a bolnavilor spre o serie de activităţi senzoriale bine dirijate. (7)

ESTIOMANIE. v. SITIOMANIE

ETEROMANIE, sin. EFIROMANIE. Intoxicaţie cronică cu eter. După apariţia dependenţei, starea generală a bolnavului se agravează progresiv, ea avînd o mare asemănare cu tabloul simptomatologic din alcoolismul cronic. Eterul se poate administra sub formă de inhalaţie, de băutură sau de injecţie intramusculară. (7)

ETILADRIANOL. v. EFFORTIL

ETILBENZATROPINA (Ponalide(R)). Are structură chimică şi acţiuni farmacodinamice asemănătoare cu ale benzatropinei (Cogentin(R)). Efectele sale M-colinolitice centrale sînt puternice. Este indicat în parkinsonismul de diferite etiologii, inclusiv cel produs prin neuroleptice. *Efectele secundare* şi *contra-*

Scanned with CamScanner

indicaţiile sînt cele descrise la benzatropină (v. BENZATROPINA). Preparatul Ponalide(R) se prezintă sub formă de comprimate şi fiole, care conţin 5 mg. E. Se administrează per os 5—15 mg pe zi. La început poate fi aplicat parenteral, 5—10 mg pe zi. Nu se administrează în sarcină. (5)

ETRAFON. Reprezintă o asociere între amitriptilină, care acţionează antidepresiv, şi perfenazină, care este un neuroleptic fenotiazinic. E. posedă acţiunile şi efectele secundare ale componentelor (v. AMITRIPTILINA şi PERFENAZINA). Este indicat în cazurile în care depresia este însoţită de anxietate sau agitaţie, precum şi în cazurile de anxietate cu/sau agitaţie şi depresie; în schizofrenia în care există manifestări depresive poate reduce aplicarea electroşocului. Datorită combinaţiei celor două medicamente, în caz de psihoză maniaco-depresivă, nu există riscul virajului spre manie sau hipomanie, ca în cazul bolnavilor depresivi trataţi numai cu antidepresive. În cursul tratamentului este interzis consumul de alcool, şi administrarea barbituricelor, opiaceelor, antihistaminicelor, atropinei şi IMAO. După un tratament cu IMAO se vor aştepta 2 săptămîni pentru instituirea tratamentului cu E. La epileptici se vor administra concomitent anticonvulsivante, deoarece E. scade pragul convulsivant. Tratamentul cu E. se aplică numai sub strictă supraveghere medicală. *Preparate.* Etrafon(R) comprimate, în variantele: „Etrafon 2—10“ care conţine perfenazină 2 mg + amitriptilină HCl, 10 mg.; „Etrafon 2—25“ — conţine perfenazină 2 mg + amitriptilină HCl, 25 mg.; „Etrafon A“ — conţine perfenazină 4 mg + amitriptilină HCl, 10 mg.; „Etrafon forte“ — conţine perfenazină 4 mg + amitriptilină HCl, 25 mg. Preparatele se vor aplica ţinînd seama de proporţia componentelor comprimatelor (v. AMITRIPTILINA şi PERFENAZINA). În cazurile grave de schizofrenie se poate administra iniţial E. forte, de 3—4 ori pe zi, apoi se vor reduce dozele. (5)

EUFOMANIE, sin. COCAINOMANIE. Preocupare intensă şi uneori exclusivă de a găsi mijloace pentru crearea unei stări de bună dispoziţie. E. apare în isterie, psihopatie. (7)

EUFORIE. Tulburare de afectivitate care traduce o creştere a tonusului afectiv, o exagerare a dispoziţei în sensul veseliei, o hipertimie pozitivă. Starea de E. fiind la antipodul oricăror trăiri neplăcute, comportă o stare de mulţumire, de fericire, de confort, întregul comportament purtînd amprenta tendinţei spre optimism. E. se însoţeşte de accelerarea vitezei gîndirii pînă la fugă de idei, tradusă în vorbire prin logoree şi tendinţă

Scanned with CamScanner

la glume, jocuri de cuvinte, predominanța asociațiilor prin asonanță și a rimelor, o mimică vioaie, mobilă, expresivă și o gesticulație bogată. Filtrînd totul prin prisma optimismului, pentru euforici nu mai există nimic imposibil, văd totul în „roz", iau totul în glumă, trăsătură care-i face deosebit de comunicativi, sociabili, deschiși spre lume. Există stări de E. de mică intensitate situate la limita normalului (generate de unele momente fericite, succese etc.), precum și o predispoziție temperamentală spre E. și optimism a tipului picnic kretschmerian. Tot în această ultimă categorie pot fi situați și unii hipomani „constituționali" caracterizați prin permanentă bună dispoziție și tendință spre hiperactivitate. Ca stare psihopatologică, E. variază ca intensitate (ușoară, discretă sau zgomotoasă) și durată (permanentă, continuă sau trecătoare și intermitentă). În forma ușoară, E. poate să marcheze debutul unor beții, cum ar fi cea alcoolică (faza veselă), eterică sau să apară în unele intoxicații (cu cafea, benzină). Unii toxicomani caută drogul (opiu, cocaină etc.) tocmai pentru starea de E. pe care o produce („E. toxică"). În formă exprimată E. caracterizează în special accesul maniacal al psihozei maniaco-depresive, unde ia aspectul său cel mai tipic, de E. expansivă, contagioasă, însoțită de hiperactivitate motorie, exuberanță, exagerarea instinctelor (în special a celor sexuale). Ea apare și într-o serie de sindroame maniacale (ca în forma expansivă a PGP, ASC, oligofrenii, stări demențiale), îmbrăcînd unele aspecte particulare în funcție de contextul clinic. Astfel, în PGP se însoțește de idei de grandoare absurde, la debili mintali și unii demenți (în special la cei cu presbiofrenie) se întîlnește o E. neproductivă (bolnavii fiind liniștiți, satisfăcuți). E. autentică, cu întregul său corolar simptomatologic, trebuie deosebită de unele stări particulare, cum ar fi moria (v. MORIA), de starea de excitație hebefrenică cu puerilism sau de E. rece, flegmatică, discordantă, detașată, lipsită de expansivitate, neantrenantă pentru anturaj, din oligofrenie, sau de unii deliranți cu idei de grandoare, de putere și cu halucinații cu conținut încurajator, mobilizator, cu o stare de E. „megalomanică" sau de megalomanie euforică (Gayral). În epilepsie și în unele intoxicații se pot observa stări de extaz cu E. (Ghiliarovski). Unele stări de E. apar în totală discordanță și contrast cu decăderea fizică și psihică a bolnavilor (cum ar fi cele care s-au descris în ultima perioadă a tuberculozei sau a sclerozei în plăci). (3)

EUNUCHISM. v. AUTOMUTILARE

Scanned with CamScanner

EUTIMIE. Manifestare afectivă caracteristică perioadei inițiale de intrare într-o farmacodependență, considerată, de Weitbrecht, drept unul dintre simptomele majore ale sindromului toxicomanic. (7)

EUTONYL. v. IMAO

EVIPAN NATRIU. v. HEXOBARBITAL

EXASPERARE. J. B. Logre a descris E. ca o tulburare particulară de caracter în care sînt prezente o tensiune puternică psihoafectivă dublată de descărcare difuză violentă. E. apare la psihopați, toxicomani, oligofreni, epileptici. (7)

EXHAUSTIUNE, DELIR DE. v. DELIR

EXHIBIȚIONISM. Perversiune sexuală care constă în exhibarea organului genital, mai rar a feselor sau a altor segmente corporale (pîntece, gambe, coapse etc.), în scopul obținerii satisfacției erotice. Exhibarea organului genital (penisului) se substituie actului sexual și este explicată de psihanaliști drept o regresiune a sexualității la stadiul narcisic sau ca o expresie a negării complexului de castrare. Adevăratul E. se însoțește de anxietate, obsesii și impulsii (structură psihopată a personalității). E. se realizează de obicei în anumite condiții: același loc, același timp sau în anumite perioade, ca o veritabilă dipsomanie perversă. E. poate fi uneori simptomatic sau ocazional. De ex. E. în W.C.-uri publice, a unor indivizi suferind de hipertrofie de prostată sau de alte tulburări în sfera genitală sau anală, care duc la dificultăți în emisia urinii (incontinență etc.). Alteori este vorba de oligofreni sau demenți, care își exhibă organul genital ca urmare a dispariției autocontrolului și a simțului moral. Adesea această categorie de bolnavi comit și alte atentate la bunele moravuri (viol, incest, pederastie etc.). E. mai poate fi consecința unui episod confuzional (epileptic, posttraumatic, alcoolic). Responsabilitatea penală se stabilește în funcție de natura E., de către comisia medico-psihiatrică. Discernămîntul este suspendat în demențe, în oligofreniile grave și în stările confuzionale. (4)

EXOGEN. Termen folosit la începutul secolului spre a cuprinde factorii etiologici din ambianță, care pot produce boli psihice cum ar fi: tr.cr.cr., infecții: intoxicații etc. (7)

EXPANSIV, DELIR. v. DELIR

EXPERIMENTAL, DELIR. v. DELIR

EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ. Act medical conceput în vederea explorării resurselor funcționale de integrare profesională a bolnavului. Aprecierea capacității de muncă reprezintă fundalul planului complex de

Scanned with CamScanner

recuperare. Criterilie obiective ale evaluării capacității de muncă sînt de ordin clinic, funcțional, profesional și social. Orientativ și metodologic se pot menționa următoarele etape: stabilirea diagnosticului clinic prin obiectivizarea maximă a simptomelor (ceea ce, în unele cadre nozologice psihiatrice, ridică probleme specifice); stabilirea diagnosticului funcțional, ce va indica gradul de deficiență; stabilirea diagnosticului capacității de muncă prin raportarea restantului morfo-funcțional la solicitările locului de muncă; testarea valorilor restante, care vor indica prognosticul de readaptare cît și formularea planului complex de recuperare; evaluarea solicitărilor profesionale și sociale în lumina profesiologiei medicale permit adaptarea locurilor de muncă pe criterii ergonomice, facilitînd integrarea profesională a deficienților. (6)

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ. Act medical complex prin care o comisie de medici experți, anume desemnați, analizează, pe baza faptelor, documentelor și examenelor de specialitate, starea de sănătate mintală a unei persoane (presupusă bolnavă) în scopul final al aprecierii discernămîntului. E.M.L.P. trebuie să răspundă la întrebările pe care instanța judecătorească le consideră necesare în vederea elucidării unor fapte săvîrșite de bolnavi. Comisia este formată de obicei din trei medici (doi psihiatri și un legist, care este și președintele comisiei). Ea se reunește periodic sau ori de cîte ori este nevoie. Concluziile formulate într-un raport medico-legal sînt înaintate justiției de către serviciile de medicină judiciară, conform legislației în vigoare. E.M.L.P. permite evitarea unor aprecieri și sentințe nepotrivite asupra bolnavilor psihici care, în cazurile delictuale, vor fi internați obligatoriu în spitale sau servicii de psihiatrie specializate pentru tratament de lungă durată fiind, în felul acesta, puși în imposibilitatea de a le mai săvîrși. În țara noastră, delictele grave comise de bolnavii psihici se încadrează în cea mai mare măsură în prevederile art. 114 CP.

EXTATICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

EXTAZ. Formă pasivă de hipertimie pozitivă. Kammerer definește E. ca o stare paroxistică particulară în care subiectul, rupînd orice comunicare cu ambianța, pare transportat într-o lume aparte, inaccesibilă altora. E. se însoțește de o atitudine imobilă, de contemplare, care exprimă o stare de beatitudine. În afara de E. unor subiecți fanatici, dominați de convingeri mistice, se cunosc stări de E. patologic care survin ca urmare a unor convingeri delirante, halucinații cu conținut mistic sau

Scanned with CamScanner

tulburări de conştiinţă de tip crepuscular. Stări de E. apar mai frecvent la isterici, debili mintali, deliranţi cronici (la care preocupările religioase se îmbină cu cele erotice), la schizofreni, maniacali, confuzivi şi epileptici cu stări crepusculare. Evul mediu a excelat prin cazuri impresionante de E. religios. (3)

EXTRACAMPINE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

EXTROSPECŢIE. Termen folosit de Minkovski prin care se înţelege uşurinţa de a se manifesta şi a lua legătura cu lumea din jur (ex., bolnavul maniacal are o E. exagerată). (7)

Scanned with CamScanner

FACETOPERAN (Levofacetoperan, Lidépran(R)). Este un medicament psihoton, înrudit chimic şi farmacodinamic cu metilfenidatul (Ritalin(R)); el acţionează în primul rînd ca un stimulent psihomotor, fiind un nooanaleptic (stimulent al vigilităţii) şi influenţînd în acelaşi timp dispoziţia bolnavului, fără însă a putea fi încadrat între timoanaleptice. Efectul principal al F. constă în ameliorarea capacităţii de activitate intelectuală şi în diminuarea senzaţiei de oboseală fizică şi psihică. Sub acţiunea sa este facilitat procesul atenţiei, percepţiei, memoriei, precum şi capacitatea de concentrare, asimilare şi de ideaţie. Efectul său durează în medie 3—4 ore. F. are de asemenea şi proprietăţi moderate anorexigene, analeptice respiratorii şi simpaticomimetice. Potenţează uşor efectul hipertensiv al adrenalinei; diminuă acţiunea hipnotică a barbituricelor, precum şi unele fenomene secundare ale neurolepticelor (inerţie, pasivitate, îngrăşare). F. este indicat ca atare sau ca medicament adjuvant, în asociere cu alte mijloace terapeutice, în stările depresive reactive şi în neurozele depresive neînsoţite de anxietate, în psihastenie, surmenaj intelectual, dismnezii, narcolepsie etc. În schizofrenia latentă poate pune în evidenţă temele delirante, iar în formele apato-abulice facilitează contactul cu mediul şi măreşte efectul psihoterapiei (Predescu şi colab., 1968). De asemenea F. poate fi utilizat pentru stimularea activităţii intelectuale a elevilor apatici sau a oligofrenilor (cu forme uşoare de debilitate mintală). În cura cu neuroleptice F. nu influenţează efectul tranchilizant al acestora, putîndu-se astfel utiliza pentru combaterea inerţiei, somnolenţei, deprimării şi a îngrăşării. Efectele secundare derivă din stimularea SNC, insomnie, vertij, secuse musculare, crize convulsive (la epileptici), fenomene simpaticomimetice trecătoare (tahicardie). Mai rar apar xerostomia, dureri gastrice şi tulburări de

Scanned with CamScanner

tranzit intestinal. Este contraindicat în caz de epilepsie, stări de excitaţie ale SNC, insomnie, hipertensiune arterială, cardiopatii decompensate şi afecţiuni viscerale. Preparatul Lidépran(R) conţine pe comprimat 5 sau 20 mg F. El se administrează per os 5—40 mg pe zi, (adulţi). Dozele se măresc progresiv. Pentru evitarea efectului anorexigen se va administra de obicei după mîncare. În cazurile însă în care se urmăreşte obţinerea acestui efect, F. se va administra cu 30—50 minute înaintea meselor. Se recomandă ca ultima doză să se aplice cel mai tîrziu la orele 16—18, pentru a nu tulbura somnul. (5)

FADING MENTAL. Este o tulburare a asociaţiei de idei care constă în epuizarea progresivă a vigorii gîndirii (Guiraud, Deschamps). După un timp relativ scurt, tensiunea activităţii psihice diminuă progresiv, şi se remarcă dificultăţi în exprimarea concisă a ideilor, vorbirea încetineşte, iar articularea cuvintelor devine mai puţin clară; totul poate evolua pînă la o simplă mişcare „afonă" a buzelor. Bleuler consideră F.M., ca şi pe celelalte tulburări din asociaţia ideativă, drept simptome secundare ale schizofreniei, rezultate din dezinteres şi indiferenţă. În afara schizofreniei, F.M. se mai poate întîlni în stări confuzive, tr.cr.cr., intoxicaţii cronice medicamentoase etc. (4)

FAGOFOBIE. v. FOBIE

FAHR, BOALA LUI. Boala descrisă de Fahr (1930) are drept element caracteristic prezenţa unor calcefieri vasculare cerebrale localizate la nucleii bazali, nucleul dinţat şi nucleul roşu; etiopatogenetic această boală este încă neelucidată; simptomatologic alături de o stare demenţială progresivă, se observă simptome cerebeloase şi extrapiramidale. (7)

FALTA, SINDROMUL LUI. Descris în 1912, are drept simptome caracteristice: apatia, autismul, delirul şi halucinaţiile, care apar pe fondul unei insuficienţe endocrine manifestate prin hipotiroidism şi eunucoidism tardiv. Prognostic rezervat, evoluţie spre caşexie. (7)

FAMILIALE, PSIHOZE. Se întîlnesc adesea împrejurări în care două sau chiar mai multe persoane, aparţinînd aceleiaşi familii, prezintă o stare psihotică, manifestată mai ales printr-un delir paranoid. Fenomenul a fost descris iniţial de Lasèque şi Falret, sub denumirea de „folie à deux" şi reluat de Régis (1880), care distinge, în cadrul F.P., fie un delir în doi prin contagiune psihică, fie un delir în doi ca o consecinţă a existenţei unor tulburări psihotice concomitente la doi membri ai aceleiaşi familii. Astăzi denumirea se păstrează numai pentru de-

Scanned with CamScanner

lirele familiale prin contagiune psihică. În psihozele induse există un inductor, bolnav psihic — o personalitate accentuată cu poziție dominantă în familie, și un indus, care este adesea o personalitate insuficient conturată, cu un intelect de limită și foarte atașat de inductor (Retezeanu și colab). Elementul activ este inductorul, care exercită asupra indusului o permanentă influență și reușește să insufle indusului nu numai convingeri delirante similare cu ale sale, ci chiar și tulburări perceptiv (halucinații), iluzii. Intensitatea delirului fiind aproximativ egală la cei doi membri ai cuplului, identificarea inductorului și a indusului este uneori dificilă; separarea celor doi parteneri rămîne cea mai simplă și eficientă metodă de identificare a inductorului de indus, primul continuînd să delireze și după despărțirea de indus, pînă cînd, la acesta din urmă, delirul se destramă rapid, odată cu reinstalarea criticii. Inductorul va beneficia de o terapie adecvată psihozei pe care o prezintă, spre deosebire de indus unde o scurtă psihoterapie rațională este de cele mai multe ori suficientă. (2)

FANTASMA. Producție ideativă cu încărcătură afectivă variabilă, care apare adesea pe un fond imaginativ bogat. Conținutul F. este variat, polimorf, schimbător. F. apare în isterie, unde poate îmbrăca aspectul unei confabulații sau mitomanii. Alteori F. intră în contextul unor psihoze, ca schizofrenia, formele depresive ale demenței paralitice, psihoze presenile etc. (4)

FANTASTIC, DELIR. v. DELIR

FANTEIDOLII. v. ILUZIE

FARMACOFOBIE. v. FOBIE

FARMACODEPENDENȚĂ, sin. TOXICOMANIE MEDICAMENTOASĂ. OMS propune următoarea definiție a F. (1974): „Starea psihică și uneori fizică apărută ca rezultantă a interacțiunii survenite între un organism viu și un medicament, stare caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții; în această stare este întotdeauna implicată impulsiunea de a lua medicamentul (continuu sau periodic), mai ales în vederea retrăirii efectelor sale psihice și, de multe ori, pentru a evita tulburările produse prin lipsa lui". Această stare este sau nu însoțită de toleranță. De menționat că un individ poate fi în același timp dependent față de mai multe medicamente. După J. F. Kramer și D. C. Cameron (1975), dependența față de o substanță rezultă din acțiunea conjugată a caracteristicilor personale cu natura mediului său socio-cultural și cu proprietățile farmacodinamice ale substanței respective. La acestea se

Scanned with CamScanner

adaugă frecvența și cantitatea consumată, precum și modul de autoadministrare. *Clasificare.* Comitetul de experți OMS propune următoarele categorii de modele de F.: 1) F. tip alcool; 2). F. tip amfetamine; 3). F. tip barbituric (aici sînt incluse și F. produse de tranchilizante minore); 4). F. tip cannabis (marihuana, gan-ja și hașiș); 5). F. tip cocainic; 6). F. tip halucinogene (LSD, mescalină, psilocibină); 7). F. tip Khat (preparate din catha edulis Forsk); 8). F. tip opiacee (morfină, heroină, codeină și produși sintetici ca metanona, petidina); 9). F. tip solvent volatil (inhalant, toluen, acetonă, tetraclorură de carbon. Tutunul și analgezicele (aspirina, fenacetina) nu intră în clasificarea F. adevărate, întrucît nu produc fenomene psihotoxice similare cu substanțele menționate. *Epidemiologie.* Răspîndirea unor F. este legată de anumite regiuni geografice și de unele tradiții socio-culturale. S. Ledermann (1956) a arătat că alcoolismul cuprinde 1—10% din populația adultă a globului; totodată se poate stabili o corelație semnificativă între consumul de alcool pe cap de locuitor, mortalitatea prin ciroză hepatică și băutul excesiv (doză zilnică peste 150 ml etanol). După Zapata Ortiz (1970) în regiunea Anzilor există 6 milioane de oameni care consumă frunzele de coca. În unele regiuni ale Africii de Nord precum și în India, Pakistan se consumă excesiv preparatele din cannabis, iar opiul, cultivat cu precădere în Birmania, Laos și Tailanda, are o suprafață largă de consum în care au fost prinse multe țări din vestul Europei și din America. După al doilea război mondial a apărut o frecvență îngrijorătoare a F. la preadolescenți și adolescenți atît în vestul Europei cît și în SUA, cuprinzînd 15—25% din tineri. O altă caracteristică a epocii actuale o constituie politoxicomania; se începe de obicei cu marihuana pentru a se trece la heroină. Adeseori, după mai multe treceri de la un drog la altul, se ajunge la consumul simultan a mai multor droguri (alcool+ barbituric+amfetamine). *Etiopatogenie.* Factorii care determină apariția F. sînt legați de structura persoanei și gradul său de maturitate (vîrstă, sex etc.), starea socio-profesională și contextul familial alături de poziția sa în general în cadrul grupului în care trăiește. De aceea Glatt (1970) consideră că în etiologia unei F. există întotdeauna o interferență tridimensională dată de medicament (drog), structura persoanei (gazda) și mediul în care are loc această întîlnire (ambianța socio-economică). *Evoluție, simptomatologie.* Etapele parcurse într-o F.: Perioada de debut („luna de miere"), după un interval variabil de încercări între care se găsesc sau nu episoade libere (fără

Scanned with CamScanner

consum), persoana se simte din ce în ce mai atrasă spre a folosi zilnic drogul respectiv; Faza de dialog om-drog, care precede obișnuința și în care întreruperile de consum se fac destul de ușor, dar și reluările sînt destul de frecvente; Faza de obișnuință, apărută odată cu crearea dependenței și cu obligativitatea impulsivă de a consuma frecvent și progresiv doze din ce în ce mai mari. În această fază, întreruperea bruscă a consumului duce la apariția fenomenelor de abstinență. Impregnarea devine din ce în ce mai puternică și tulburările particulare fiecărei substanțe folosite ies cu prisosință în evidență; Faza de cronicizare, corespunde cu un adevărat declin socio-profesional, asociat de obicei cu cel familial, ceea ce duce bolnavul într-o stare de degradare psihofizică. S-a constatat că există o serie de elemente vulnerabile în personalitatea „pretoxicomaniacă", între care labilitatea emotivă, imaturitatea psihoafectivă, hipersensibilitatea, prezența unei imaginații bogate, lipsa voinței etc. *Simptomatologia,* clinică se grupează în două mari categorii: a). intoxicația acută, produsă accidental prin imprudență, prin supradozaj sau prin potențare; răspunsul organismului la drog este brutal, imediat și constituie o adevărată urgență psihiatrică. Intoxicația acută cuprinde în desfășurarea sa mai multe faze: Euforie-confuzie-extaz sau depresie și somn-comă-stupoare, în mare parte dublate de amnezie și de o serie întreagă de tulburări neurologice și somatice (tremurături, dizartrie, tulburări cerebeloase, tulburări neurovegetative, cardiovasculare, gastrointestinale etc); b). intoxicația cronică se caracterizează prin instalarea lent, progresivă a sindromului deficitar, manifestat prin scăderea eficienței profesionale, prin tulburarea unei vieți armonice familiale și printr-o preocupare exclusivă pentru procurarea drogului, cu orice fel de risc. Pe fondul acesta pot apare episoade paroxistice, denumite farmacopsihoze, de tip confuzo-oniric, epileptic, halucinator-delirant sau chiar sindromul Korsakov. Instalarea unei demențe și a caşexiei marchează etapa finală a celor mai multe F. *Prevenire și tratament.* OMS (1970) a arătat că F. este cea mai sigură și rapidă sursă de trafic ilicit, care reclamă o adevărată politică sanitară internațională în vederea prevenirii răspîndirii sale, politică polarizată în special pe controlul producerii și distribuției substanțelor capabile să producă F. În această direcție, obiectivele de cursă lungă propuse de comisia de experți OMS sînt: reducerea pe cît posibil a folosirii substanțelor care produc dependență; limitarea răspîndirii farmacodependenței, supravegherea și tratamentul persoanelor

Scanned with CamScanner

cu farmacodependență. La aceste măsuri se adaugă și stabilirea unui sistem permanent de informare și supraveghere în vederea planificării acțiunilor necesare și a evaluării rezultatelor obținute. Totodată sînt propuse și o serie de obiective cu termen scurt și mediu: supravegherea și tratamentul persoanelor cu farmacodependență, reducerea complicațiilor medicale datorite autoadministrării și procurării ilicite a drogurilor, reducerea frecvenței cazurilor noi, împiedicarea desfășurării contrabandei cu droguri etc. Tratamentul propriu-zis cuprinde la rîndul său un ansamblu de metode și procedee dublate de măsuri socio-familiale și profesionale. În ordine cronologică se începe cu depistarea, evaluarea diagnostică, stabilirea unei strategii terapeutice (cooperarea și participarea activă a bolnavului), tratamentul de urgență a complicațiilor medicale, măsurile de redresare psiho-socio-familiale, supravegherea îndelungată în cadrul unor servicii organizate în acest scop, unde periodic se vor aprecia eficacitatea terapiilor utilizate. *Măsurile terapeutice* propriu-zise se desfășoară în trei etape succesive după cum urmează: 1). Etapa preparatorie (de obicei scurtă, 1—3 zile) în care se va face o apreciere precisă a diagnosticului prin explorarea factorilor care intră în joc și prin examinarea medicală a stării generale a organismului. În cazul prezenței complicațiilor sau a unor episoade acute, se vor lua toate măsurile de urgență necesare (reanimare, reechilibrare hidroelectrolitică). Tot în această perioadă se alcătuiește — pe cît posibil cu colaborarea bolnavului, planul general de dezvoltare a întregului program terapeutic de cursă lungă. 2). Etapa de dezintoxicare (4—6 săptămîni) se face prin internare obligatorie și are ca obiectiv principal îndepărtarea progresivă (în funcție de doza zilnică și durata consumului) a drogului care a produs F. Se va recurge cu precădere la psihotropele din categoria neurolepticelor (fenotiazine sau butirofenone), care nu produc dependență. Totodată este necesară aplicarea unor terapii biologice de susținere și de corectare (vitamine, tonice, roborante, transfuzii etc.). În cazurile de alcoolism cronic, tot în această etapă este cuprinsă și cura de dezgust. Nu se va recurge la întreruperea bruscă a drogului consumat datorită tulburărilor de abstinență, care pot apare, și în felul acesta să complice și mai mult întregul program terapeutic. 3). Etapa de consolidare (6 luni — 3ani) este caracterizată printr-un complex de măsuri terapeutice de cursă lungă care urmează să readucă bolnavul în stare să trăiască liber și conform pregătirii sale. În această perioadă, psihoterapia individuală, familială și de grup,

Scanned with CamScanner

alături de ergoterapie, dețin rolul primordial. Este necesară stabilirea unui program constant și riguros de supraveghere și control pentru a putea astfel preveni recidivele, comutarea pe alt drog, eventuale decompensări, tentative de sinucidere etc. (7)

FASMOFOBIE. v. FOBIE

FAUSTAN. v. DIAZEPAM

FEBRIL, DELIR. v. DELIR

FELAȚIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

FENACTIL. v. CLORPROMAZINA

FENCAMFAMINA. v. REACTIVAN

FENELZIN. v. IMAO

FENGOFOBIE. v. FOBIE

FENOBARBITAL (luminal, gardenal). Este un hipnotic barbituric cu durată lungă de acțiune. După o latență de 30 de minute, produce un somn care durează 8—12 ore. În doze mai mici este sedativ; dozele mari pot produce narcoză. Are și efecte antiepileptice, fiind folosit în mod curent în tratamentul epilepsiei (forma grand mal). F. este un spasmolitic destul de puternic; nu are acțiuni analgezice. F. este indicat ca hipnotic, sedativ, antiepileptic, antispasmodic (pentru ultima indicație se asociază cu alte spasmolitice), antihipertensiv (în asociație cu teobromina și papaverina, preparat cunoscut sub denumirea de Teominal). F. se poate folosi de asemenea ca inductor enzimatic în bolile cronice de ficat. Reacții adverse: la dozele obișnuite și la administrări unice sau de scurtă durată este puțin toxic. Totuși, pot apare somnolență, buimăceală, greață, apatie, indispoziție generală, furnicături. La administrări mai îndelungate poate apare intoxicația cronică (v. BARBITURICE). Dozele excesive (luate de obicei în scop de suicid) produc o comă tipică. *Contraindicațiile* sînt reprezentate de precome, și come, parkinsonism, insuficiență renală, cardiacă și hepatică gravă, diabet, porfirie latentă, intoxicație alcoolică etc. *Preparate. Posologie.* F. se prezintă sub formă de comprimate, de 100 mg și 15 mg, ca și sub formă de fiole, de 2 ml, care conțin o soluție de 10% de F. solvit în propilenglicol. În calitate de sedativ se folosesc de obicei comprimate de 15 mg, cîte un comprimat la 4 ore; ca hipnotic, un comprimat de 100 mg, se poate crește doza pînă la 2, maximum 3 comprimate la zi. În epilepsie: jumătate de comprimat de 100 mg, de 2—3 ori pe zi. Doza se crește treptat, pînă la dispariția convulsiilor sau apariția semnelor de intoxicație. Fiolele se utilizează în injecții i.m. în tratamentul stărilor convulsive (tetanos, intoxicații cu stricnină); se dau 2—3 fiole la zi. (1)

Scanned with CamScanner

FENOTIAZINE. Sînt neuroleptice utilizate în special în tratamentul psihozelor, determinînd liniştirea agitaţiei psihomotorie şi reuşind să înlăture halucinaţiile şi delirul. F. antagonizează efectul substanţelor psihodisleptice (psihotomimetice). Structura lor chimică este constituită dintr-un nucleu de bază, format din două nuclee benzenice unite printr-o punte de S şi una de N (nucleu fenotiazinic). După natura catenei laterale (R), fixată în poziţia 10 a nucleului fenotiazinic (la nivelul N) se deosebesc derivaţi avînd: a) catenă laterală alifatică (aminoalchilică); b) catenă laterală piperazinică; c) catenă laterală piperidinică: Prima grupă este constituită din *medicamente cu un puternic efect sedativ şi anxiolitic*. Aceste substanţe sînt eficace în psihozele în care există pe prim plan tulburări afective, precum şi stări de agitaţie psihomotorie (Ban, 1969). F. determină efecte secundare, care constau din reacţii vegetative (hipotensiune ortostatică), fenomene alergice şi fenomene extrapiramidale parkinsoniforme. Din grupul a) fac parte clorpromazina, levomepromazina, precum şi acepromazina, alimemazina, metoxipromazina, promazina, trifluopromazina etc. *Derivaţii piperazinici* au *acţiune antipsihotică puternică*, cei mai mulţi fiind superiori clorpromazinei. Ei determină fenomene extrapiramidale a căror intensitate este, după unii autori, corelată cu potenţialul lor terapeutic. Efectele secundare vegetative şi alergice sînt rare. Derivaţii piperazinici sînt eficace, mai ales în schizofrenia cronică; cele mai active sînt tioproperazina şi flufenazina. Din această categorie mai fac parte: acetofenazina, butirilperazina, carfenazina, clorimpifenina, metofenazina, perazina, perfenazina, proclorperazina, tiopropazatul, trifluoperazina etc. De menţionat că flufenazina, perfenazina, proclorperazina, tioperazina şi trifluoperazina sînt antiemetice puternice. *Derivaţii piperidinici* produc fenomene extrapiramidale mai puţin frecvente decît alte F. Din acest grup fac parte mepazina, mesoridazina, piperacetazina, pipotiazina, propericiazina, tioridazina. Cu toate deosebirile de acţiune determinate de structura lor chimică, nu se poate afirma că există o corelaţie strictă între structura şi activitatea fenotiazinelor (Ban, 1969), dar introducerea florului în moleculă pare să potenţeze eficacitatea lor. F. pot fi neuroleptice sedative sau incisive (v. NEUROLEPTICE). Astfel, sedative sînt: clorpromazina, tioridazina, precum şi acepromazina, mesoridazina şi propericiazina. Incisive sînt tioproperazina, trifluoperazina. Acest ultim grup are efect halucinolitic şi cataleptizant. Derivaţii F. potenţează acţiunea medicamentelor care deprimă activitatea SNC (sedative, hip-

Scanned with CamScanner

notice, narcotice, tranchilizante minore). Uneori se pot asocia cu antidepresive (imipramină, amitriptilină). F. completează în largă măsură medicația psihiatrică, favorizînd în mod substanțial posibilitatea de aplicare a psihoterapiei. Mecanismele mai importante prin care acționează acest grup de medicamente constau în inhibiția transmiterii sinaptice adrenergice în formația reticulară, precum și din efectul inhibitor asupra structurilor sistemului limbic. (Diferențele și amănuntele privind mecanismul de acțiune sînt tratate la descrierea principalelor fenotiazine). Indicațiile terapeutice generale ale F. sînt reprezentate de schizofrenia acută și cronică și de psihozele halucinator-delirante. Ele sînt eficace mai ales în formele paranoide. Se mai pot administra cu efecte remarcabile în manie, în agitație anxioasă, în psihoze infecțioase sau toxice, în stări confuzionale, precum și în unele forme grave de neuroze. F. au aplicații terapeutice și în afara indicațiilor psihiatrice, ele fiind antihistaminice, antivomitive (vărsături de origine centrală) etc. *Efectele secundare* descrise la principalele fenotiazine constau mai ales din tulburări extrapiramidale care se corectează prin medicamente antiparkinsoniene. *Contraindicațiile* mai importante sînt reprezentate de intoxicațiile determinate de medicamentele care deprimă SNC (hipnotice, alcool etilic), stările comatoase, boala lui Parkinson, boli organice, agranulocitoză, glaucom (v. amănunte la fiecare medicament). (5)

FETIȘISM. v. PERVERSIUNI SEXUALE

FIEDLER, SIMPTOMUL LUI. Descris, în 1875, de Fiedler la morfinomani, se caracterizează prin prezența euforiei, în cadrul complexului simptomatologic caracteristic acestei farmacodependențe. (7)

FIGURATIVE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

FILIAȚIE, DELIR DE. v. DELIR

FIZIOLOGIE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE și ILUZIE

FINLEPSIN. v. CARBAMAZEPINA

FIXARE. Termen folosit în psihanaliză pentru a desemna blocajul evoluției psihosexuale a copilului — oprire determinată de cauze multiple psihofiziologice. F. poate avea loc asupra mamei sale, asupra lui însuși, sau a unor zone erogene. Subiecții „fixați" sînt niște infantili sexuali, în rîndurile cărora apar cu precădere complexele erotice parentale (Oedip, Electra). În cazul F. asupra propriei persoane determinate și de erotismul solitar — prin masturbație sau prin satisfacerea altor zone erogene — poate apare complexul lui Narcis, sau alte

Scanned with CamScanner

perversiuni sexuale (v. PERVERSIUNI SEXUALE). F. se observă mai ales în cadrul neurozelor și psihopatiilor. (4)

FLAGELAȚIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

FLEXIBILITATE CEROASĂ. v. CATALEPSIE

FLOROPIPAMIDA (Dipiperon(R), Pipamperone(R), Piperonyl(R)). Este un derivat piperidinic de butirofenonă, care posedă efecte antipsihotice și anxiolitice puternice. Din acest motiv, pe lîngă indicațiile clasice ale butirofenonelor, F. este utilizată în tratamentul psihozelor în care există stări de anxietate; se mai prescrie și în tulburările de comportament. *Fenomenele secundare* se produc mai rar și sînt mai puțin intense decît la alte butirofenone. Nu produce somnolență și, fiind relativ bine suportat, se poate utiliza în tratamentul schizofreniei cronice. Se administrează per os, 40—60 mg pe zi, fracționat. (5)

FLUANISON (Haloanison(R), Sedalande(R)). Este un derivat piperazinic de butirofenonă. Acțiunea sa antipsihotică este puternică și se instalează rapid; F. are efecte sedative, antivomitive și alfa-adrenolitice periferice puternice. F. este indicat în schizofrenie, manie, delire acute, stări de agitație anxioasă, confuzie mintală, stări de agitație psihomotorii etc. F. poate produce *efecte secundare* de tipul akatiziei, tasikineziei și a „sindromului oral" (v. BUTIROFENONE), precum și somnolență, vagotonie, hipotensiune, colaps. *Contraindicațiile* sînt comune cu ale haloperidolului. Nu se administrează la gravide. F. se administrează per os 30—100 mg pe zi. În stările de agitație acută, tratamentul se poate începe prin injectarea i.m. în doze mici (Sedalande(R) fiole 20 mg/4 ml). (5)

FLUANXOL. v. FLUPENTIXOL

FLUFENAZINA. v. TRIFLUOROMETILPERFENAZINA

FLUPENTIXOL. (Emergil(R), Fluanxol(R)). Este un derivat tioxantenic cu proprietăți neuroleptice incisive, antipsihotice și anxiolitice. F. mai are și însușiri activatoare asupra SNC; Este un antiemetic puternic. F. este bine tolerat de organism. Indicațiile terapeutice sînt reprezentate de schizofrenia acută și cronică, mai ales forma paranoidă și apato-abulică; este eficace asupra halucinațiilor și a tulburărilor de gîndire, iar în caz de apatie și autism, are acțiune activatoare. F. facilitează psihoterapia și terapia ocupațională, precum și reinserția socială a bolnavului. Alte indicații sînt reprezentate de alcoolism, farmacodependențe, parafrenie, neuroze anxioase, depresive sau cenestopate (Ciurezu și colab., 1973). Ca *efecte secundare*, F. poate produce frecvent fenomene parkinsoniene și insomnie. El are *contraindicațiile* tioxantenelor (v. CLORPENTIXOL); nu se

Scanned with CamScanner

administrează seara după orele 18. *Preparate. Posologie.* Fluanxolul(R) se prezintă sub formă de drajeuri, care conţin 0,25, 0,5 şi 1 mg flupentixol, sau sub formă de fiole, în care se află 1 mg substanţă activă. Există şi o soluţie buvabilă (1 ml = 0,2 mg). În schizofrenie, dozele sînt cuprinse între 3—6 mg pe zi, putîndu-se mări treptat pînă la 6—9 mg pe zi. După obţinerea efectului se tatonează doza de întreţinere, care este 0,5—1 mg pe zi. În neuroze se administrează de obicei 1—2 mg pe zi. Fluanxol — dépôt(R) este un ester al fluanxolului cu ac. decanoic. Preparatul se absoarbe lent de la locul injecţiei şi are efect prelungit. Pe fiolă se găsesc 20 mg/ml. Se administrează i.m. În schizofrenie cronică, doza este de 20—40 mg la 2—4 săptămîni interval — sub control riguros de specialitate. (5)

FLUSPIRILEN (IMAP(R), Spirodiflamine(R), R-6218) este un derivat de difenilbutirilpiperidină, înrudit chimic cu pimozidul şi avînd o acţiune neuroleptică de tipul haloperidolului. F. are efecte reduse asupra acţiunii CA, în schimb influenţează puternic structurile dopaminergice din SNC. El este un neuroleptic cu durată prelungită de acţiune (după o doză efectul terapeutic putînd să se menţină 4—8 zile). Sub acţiunea F. diminuă agresivitatea şi agitaţia psihomotorie; F. are de asemenea proprietăţi antipsihotice, halucinolitice şi antiautistice. Efectul maxim terapeutic se observă după 2—3 zile de la începutul tratamentului. F. este indicat în tratamentul de durată şi ambulator al psihozelor cronice, mai ales al schizofreniei. El facilitează reîncadrarea socială şi în muncă a bolnavului. *Efectele secundare* sînt reprezentate de tulburări extrapiramidale (ca după butirofenone), stare de astenie sau insomnie, greaţă, vărsături, transpiraţii abundente, rar bradicardie şi modificări ale undei T pe ECG. F. este *contraindicat* în tulburări extrapiramidale de orice etiologie, precum şi în primele luni ale sarcinii. Preparatul IMAP(R) se prezintă sub formă de fiole de 2 ml, care conţin 2 mg F. în suspensie microcristalină. Se administrează i.m., 1—6 mg o dată pe săptămînă. Tratamentul poate fi aplicat cîteva luni (3—6). Tulburările extrapiramidale, care apar după 2—3 zile de la începutul tratamentului, pot fi antagonizate prin administrarea simultană de antiparkinsoniene. (5)

FOBENAL(+), sin BELAFITAL. Medicament rezultat din asocierea fenobarbitalului (0,03 g) cu alcaloizi de belladonnă (0,250 mg); efectul său antispastic şi sedativ se datoreşte acţiunii sinergice dintre cei doi compuşi principali. F. este indicat în tulburările neurovegetative din stările reactive, precum şi în colita spastică, biliopatii etc. *Contraindicaţii.* Glaucom,

Scanned with CamScanner

ileus, hipertrofia de prostată. *Posologie.* Adulți, 1—3 comprimate/zi (N. Dragomir, 1975). (7)

FOBIE. Teamă intensă și obiectivată, trăită dureros și parțial lucid; cu toate că persoana își dă seama și mărturisește deschis inutilitatea anxietății sale, este în același timp dominată de ea. F. ca și obsesiile generează o stare de tensiune puternică însoțită de disconfort; pentru a se degaja de această trăire neplăcută, bolnavul recurge la fel și fel de manopere, acțiuni, cunoscute sub denumirea de ritualuri. De obicei F. este însoțită de un cortegiu de manifestări neurovegetative, cum ar fi transpirații, tahicardie, sialoree (respectiv uscăciunea gurii) etc. Fiecare bolnav are una sau mai multe F. principale în jurul cărora sînt cuprinse altele de o importanță mai mică; F. se întîlnește în neuroza obsesivo-fobică, isterie, psihastenie, neuroza anxioasă, depresie, schizofrenie, etc. Cele mai cunoscute F. sînt (după Marchais și Gusov): *acarofobie,* teama de legende, de mituri; *acerofobie,* teama de oțet, de aciditate în general; *acluofobie,* teama de întuneric; *acrofobie,* teama de înălțimi, de vîrfuri, de balcoane; *acusticofobie (sin. fonofobie),* teamă de sunete, de muzică, de zgomote; *acvafobie (sin. hidrofobie),* teama de apă; *aerofobie,* teama de aer, de curent; *agalmatoremafobie,* teama ca statuile să nu vorbească: *agiofobie (sin. chenofobie),* teama de stradă; *agorafobie,* teama de spații largi de piețe, de stadioane; *aihmofobie (sin. oxifobie),* teama de obiecte ascuțite, cuțit, foarfecă, ac; *ailurofobie (sin. galeofobie, gatofobie),* teama de pisici; *algofobie,* teamă de durere, de suferință; *amatofobie,* teama de praf; *amaxofobie,* teama de a intra într-un vehicul oarecare și implicit teama de a călători cu un vehicul; *amihofobie,* teama de a nu fi zgîriat, lezat; *anemofobie,* teama de vînt; *anginofobie (sin. pnigofobie),* teama de a nu fi sufocat, sugrumat, înăbușit; *antlopofobie,* teama de inundații; *antropofobie,* teama de oameni, de mulțime; *apeirofobie,* teama de nelimitat, de infinit, de nesfîrșit; *apifobie,* teama de albine; *arahnefobie,* teama de paianjeni; *astenofobie,* teama de oboseală; *astrafobie,* teama de fulgere și tunete; *astrofobie,* teama de stele; *atefobie,* teama de ziduri, de ruine; *aulofobie,* teama de flaut, de instrumente de suflat; *aurorafobie,* teama de zorii zilei; *automisofobie,* teama de a nu răspîndi mirosuri neplăcute, urîte; *bacilofobie,* teama de microbi; *balistofobie,* teama de proiectile, de explozie, de armă de foc în general; *barofobie,* teama de gravitație; *bazofobie,* teama de a nu cădea în timpul mersului; *batofobie,* teama de adîncimi, de prăpăstii; *batracofobie,* teama de broaște; *belonefobie,* teama de ace;

Scanned with CamScanner

bibliofobie, repulsie de cărți, de volume, de albume; *bromidorosifobie,* teama de a nu răspîndi prin transpirație mirosuri dezagreabile; *brontofobie,* teama de tunete; *cacorafobie,* teama de eșec, de insucces, de nereușită; *cacotenofobie (sin. petofobie),* teama de a nu se face de rîs în public, din cauza unor tulburări a controlului sfincterian; *cainofobie,* teama de transformare, de schimbare, de înnoire; *cancerofobie,* teama de cancer; *catagelofobie,* teama de a fi ridicol, de a se face de rîs; *catizofobie,* teama de a lua loc, de a se așeza; *catoptrofobie (sin. eizoptrofobie, spectrofobie),* teama de oglinzi; *cheimofobie (sin. criofobie),* teama de frig; *cheirofobie (sin. grafofobie),* teama de a scrie; *chenofobie (sin. agiofobie) (v. agiofobie), cherofobie,* aversiune față de glume, de amuzament, de veselie în general; *chinofobie,* teama de cîini; *chionofobie,* teama de zăpadă, de fulgi; *chipridofobie,* teama de a nu fi contaminat cu o boală venerică; *claustrofobie,* teama de spațiu închis, de camere mici, de lift; *cleptofobie,* teama de a nu fura, de a nu lua din greșală sau din neatenție un obiect străin; *climacofobie,* teama de trepte, de scări, de schele; *clitrofobie,* teama de aer închis, de geam închis; *cometofobie,* teama de astre căzătoare, de comete; *copofobie,* teama de oboseală; *coprofobie* sau *scafofobie,* dezgust, greață, aversiune față de excremente; *crematofobie,* teama de bani; *cremnofobie,* teama de văi adînci, de prăpăstii; *criofobie (sin. cheimofobie)* (v. cheimofobie); *cristalofobie,* teama de sticlă, de cioburi; *cromatofobie,* teama de culori, de anumite culori; *cronofobie,* teama de timpul care trece; *demofobie (sin. oclofobie),* teama de mulțime, de gloată; *demonofobie,* teama de demoni, de spirite, de stafii; *dermatofobie,* teama de leziunile pielii, de a atinge pielea; *dermatosiofobie,* teama de bolile de piele; *dichefobie,* teama de justiție; *dinofobie (sin. vertigofobie),* teama de a nu ameți, de vertij; *dipsofobie,* teama de a bea, de lichide în general; *dismorfofobie,* teama de a nu se transforma; *domatofobie,* teama de casă; *dorafobie,* teama de pielea animalelor; *dromofobie,* teama de a trece strada; *eisoptrofobie* (v. catoptrofobie); *electrofobie,* teama de curent electric; *emetofobie;* teama de a nu voma (în special în public); *entomofobie,* teama de insecte; *eozofobie,* teama de zori; *eremofobie,* teama de locuri pustii, singuratice, izolate;*ereutofobie (sin. eritrofobie),* teama de a nu roși în public; *ergazifobie,* teama de acțiune, de a întreprinde ceva; *eritrofobie (sin. ereurofobie)* (v. ereutofobie); *fagofobie,* teama de a mînca; *farmacofobie,* aversiune față de medicamente; *fasmofobie,* teama de fantome; *feogofobie (sin. fotofobie),* teama de lumină; *fobofobie,* teama de tea-

Scanned with CamScanner

mă, de anxietate, de neliniște; *fonofobie* (v. acusticofobie); *fotofobie* (sin. și v. fengofobie); *fronofobie,* teama de a gîndi; *ftiziofobie, (sin. tuberculofobie),* teama de a nu se îmbolnăvi de tuberculoză; *galeofobie* (sin. și v. ailurofobie); *gamofobie,* teama de căsătorie; *gatofobie* (sin. și v. ailurofobie); *gefirofobie,* teama de rîuri, de poduri; *genofobie,* teama de sex; *gerontofobie,* teama de oameni în vîrstă; *gimnofobie,* teama de corpul gol; *ginecofobie (sin. ginofobie),* teama de femei; *ginofobie* (v. ginecofobie); *grafofobie,* teama de a scrie; *hadefobie,* teama de întuneric; *hamartofobie (sin. pecatifobie),* teama de a nu greși; *haptefobie,* teama de a nu fi atins; *harpaxofobie,* teama de hoți; *hedonofobie,* teama de plăcere; *heliofobie,* teama de soare; *hematofobie,* teama de sînge; *hidrofobie* (sin. și v. acvafobie); *hierofobie,* teama de obiecte religioase, de odăjdii etc; *higrofobie,* teama de umiditate, de igrasie; *hilofobie,* teama de păduri; *hipengiofobie,* teama de răspundere; *hipnofobie,* teama de a adormi; *hipsofobie* (sin. și v. acrofobie); *homilofobie,* teama de jurăminte; *hormefobie,* teama de lovituri, de ciocniri, de izbituri; *ihtiofobie,* teama de pești; *iofofobie,* teama de otrăvuri; *kineziofobie,* teama de mișcare, de acțiune; *lalifobie,* teama de a vorbi, de a nu se bîlbîi; *levofobie,* teama de obiecte situate la stînga; *lisofobie,* teama de a nu înnebuni; *logofobie,* teama de a pronunța greșit vreun cuvînt; *maniacofobie,* teama de fobie, de boală mintală; *mastigofobie,* teama de a fi biciuit; *mecanofobie,* teama de aparate, de mașinărie; *megalofobie,* teama de obiectele mari; *metalofobie,* teama de metale; *meteorofobie,* teama de meteoriți; *microfobie,* teama de obiecte mici; *mifofobie,* teama de a nu spune minciuni; *missofobie (sin. molismofobie),* teama de molipsire, de contaminare; *mitofobie,* teama de legende, de mituri; *molismofobie* (sin. și v. missofobie); *monofobie,* teama de a fi singur; *monopatofobie,* teama de o boală oarecare; *musofobie,* teama de șoareci; *necrofobie,* teama de morți, de cadavre, de cimitir; *neofobie,* teama de nou, de inedit; *nictofobie,* teama de noapte; *nozofobie,* teama de îmbolnăvire; *oclofobie* (sin. și v. demofobie); *odinofobie,* teama de durere; *odontofobie,* teama de dinți, de stomatologie; *ofidiofobie,* teama de șerpi, de tîrîtoare; *oicofobie,* teama, dezgustul sau aversiunea de propriul domiciliu; *olfactofobie,* teama de mirosuri urîte, pestilențiale; *ombrofobie,* teama de ploaie; *onomatofobie,* teama de a nu auzi cuvinte, sunete; *ornitofobie,* teama de păsări; *osfresiofobie,* teama de mirosuri; *oxifobie* (sin. și v. aihmofobie); *panofobie (sin. pantofobie),* teama difuză, generalizată, vagă; *pantofobie* (sin. panofobie); *paralipofobie,* teama de a nu fi considerat ca neglijent

Scanned with CamScanner

în serviciu; *parazitofobie*, teama de paraziți; *partenofobie*, teama de fete tinere; *pecatifobie*, (sin și v. hamartofobie); *pediofobie*, teama de păpuși, de copii; *peniafobie*, teama de sărăcie, de mizerie; *petofobie* (sin. și v. cacotenofobie); *pignofobie* (sin. și v. anginofobie); *pirexiofobie*, teama de stare febrilă; *pirofobie*, teama de foc; *pnigofobie* (sin și v. angiofobie); *poinofobie*, teama de a fi pedepsit; *ponofobie*, teama de surmenaj; *potamofobie*, teama de rîuri, de fluvii; *psihofobie*, teama de gînduri, de idei; *psicrofobie* (sin. și v. cheimofobie); *pteronofobie*, teama de pene; *rabiofobie*, teama de turbare; *radiofobie*, teama de radiații; *ripofobie*, teama de gunoaie, de murdărie; *satanofobie*, teama de diavol; *scabofobie*, teama de rîie; *scatofobie* (sin. și v. coprofobie); *scofofobie*, teama de a nu fi observat, remarcat; *scopofobie* (sin. și v. scoptofobie); *scoptofobie*, teama de a nu deveni ridicol; *scotofobie* (sin. și v. acluofobie); *selafobie*, teama de fulger, de scîntei; *sibofobie (sin. sitiofobie)*, refuz alimentar; *siderachomofobie*, teama de tren, de cale ferată; *sifilofobie*, teama de sifilis; *sitiofobie* (sin și v. sibofobie); *sociofobie*, teama de izolare de implicațiile sociale (Sheldon); *spectrofobie* (sin și v. catofobie); *stazibazofobie*, teama de a sta în picioare; *stigiofobie*, teama de infern; *tafefobie*, teama de a fi îngropat de viu; *taasofobie*, teama de a se așeza; *talazofobie*, teama de mare; *tanatofobie*, teama de moarte; *telefonofobie*, teama de telefoane; *teratofobie*, teama de monștri; *termofobie*, teama de căldură; *tocofobie*, teama de a asista la nașteri; *topofobie*, teama de un anumit loc; *toxicofobie*, teama de otrăvuri; *traumatofobie*, teama de prejudiciu, de stress; *tremofobie*, teama de a nu tremura; *tredecafobie (sin. triscaidofobie)*, teama de cifra 13; *tricofobie*, teama de păr; *triscaidecafobie* (sin. și v. tredecafobie); *tuberculofobie* (sin. și v. ftiziofobie); *uranofobie*, teama de cer, de planete; *urofobie*, teama de a nu fi surprins cînd urinează; *vaccinofobie*, teama de vaccinuri, de seruri; *vertigofobie* (sin. și v. dinofobie); *vomitofobie*, teama de a nu vărsa în public; *zelofobie*, teama de gelozie; *zoofobie*, teama de animale; *xenofobie*, teama de străini. (7)

FOBOFOBIE. v. FOBIE

FOCAR (EEG). Regiune limitată a scalpului, unde se înregistrează fie o anumită activitate specifică, fie că amplitudinea realizată este maximă. După numărul de electrozi implicați în culegerea activității de F. se disting F. cu gradient limitat, ce reprezintă în general o activitate de origine corticală sau cu gradient etalat, ce reprezintă cel mai frecvent o activitate subcorticală „proiectată". (6)

Scanned with CamScanner

FOELLING, BOALA LUI. Descrisă în 1934, este o formă clinică a oligofreniei fenilpurinice. (7)

FOLADON(+) sin. BELATOT. Medicament parasimpaticolitic, cu acţiune antispastică (asupra musculaturii netede) şi antisecretorie. Fiecare comprimat conţine 0,250 mg alcaloizi totali din rădăcina de beladonă. F. este indicat în kinetoze, vărsături gravidice. *Contraindicaţii:* glaucom, ileus paralitic, hipertrofie de prostată. *Posologie:* adulţi 1—3 comprimate/zi, se recomandă a fi administrat după masă. F. dă uneori fenomene secundare ca: uscarea gurii, midriază, stări confuzive, tahicardie. (1)

FONEME. v. HALUCINAŢIE

FORIT. v. OXIPERTINE

FONOFOBIE. v. FOBIE

FOSFENA. v. ILUZIE

FOTOFOBIE. v. FOBIE

FOTOGRAFICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

FOTOPSII. v. ILUZII

FOTOM. v. HALUCINAŢIE

FRATRICID. Crima comisă asupra unui frate sau soră. F. are atributele obişnuite ale homicidului (v. HOMICID). Uneori constituie „debutul", unei psihoze (debut medico-legal). (4)

FRECVENŢA (EEG). Numărul total de cicli ai unui ritm, raportaţi la unitatea de timp, respectiv secundă. (6)

FRÉNACTYL(R). v. BENZPERIDOL

FRENASTENIE sin. şi v. CEREBRASTENIE

FRENIL. v. PROMAZINĂ

FRENOTROP. v. PSIHOTROP

FRICA. v. ANXIETATE

FRIGIDITATE, sin. ANAFRODISM. Termenul defineşte incapacitatea orgasmică a femeii. *Clinic,* F. poate fi relativă sau completă, iar după evoluţie, intermitentă sau permanentă. *Etiopatogeneza* este complexă. La apariţia F. concură numeroşi factori organici şi psihoafectivi. Astfel, o serie de afecţiuni — mai ales ginecologice (anexite, metroanexite etc.) stau la originea F. alături de traumatisme psihosexuale suferite adesea în tinereţe sau chiar în copilărie (tentative de viol, viol, atentat la bunele moravuri). După începerea vieţii sexuale, lipsa de tandreţe şi de tact în raporturile sexuale — îndeosebi la deflorare — nepotrivirile (temperamentale şi rar cele anatomice) pot fi cauze ale F. Interese divergente, conflicte, slaba comuniune afectivă între soţi sau parteneri completează lista factorilor favorizanţi. Se consideră că ar exista şi o F. constituţio-

Scanned with CamScanner

nală primitivă, părere care nu este admisă de majoritatea autorilor. Factorii endocrini, în special hipofuncţia hipofizo-ovariană, au un rol însemnat în apariţia F., mai cu seamă dacă discrinia survine în perioada maturării psihosexuale. F. determină uneori apariţia de conduite sexuale compensatorii, anormale, cum ar fi cunilincţia heterosexuală, homosexuală, masturbaţia sau prostituţia. De remarcat că adesea femeile frigide îşi disimulează anomalia, mai ales faţă de soţi. *Tratamentul* F. este la rîndul său complex şi pe măsura factorilor etiopatogenetici. În cazul unor afecţiuni organice (locale sau generale, endocrine etc.), tratamentul este corespunzător organopatiei. Dacă F. are un determinism psihosexual, rezultatele cele mai bune sînt obţinute prin psihoterapie individuală. De la caz la caz se foloseşte medicaţia tonică şi stimulantă (vitamine, psihotonice, afrodisiace). Tratamentul F. poate fi completat cu procedee fizioterapice şi hidroterapice. (4)

FRONOFOBIE. v. FOBIE

FRONTAL, SINDROM. Cele mai cunoscute cercetări legate de funcţionalitatea lobului frontal şi a tulburărilor survenite au fost făcute de Denny-Brown, Klüger-Bucy, Bianchi, Freeman, Wats şi Oppenheimer. Interesul mare se datoreşte faptului că fiind zona cea mai recentă în dezvoltare, joacă un rol preferenţial şi în condiţia şi specificul de existenţă umană. Sindromul de lob F. depinde în largă măsură de natura, localizarea şi extinderea leziunii. Cu toate acestea există un grup de simptome dacă nu patognomonice, cel puţin particulare întîlnite la un mare număr de bolnavi cu leziuni ale lobului F. Astfel, Thompson arată că dezadaptarea socială a psihopatului se datoreşte unor tulburări survenite în circuitele talamo-prefrontale, care duc la un deficit în utilizarea adecvată, pentru inserţia socială, a funcţiilor cognitive şi implicit a satisfacţiei care rezultă din angajarea armonioasă într-o anumită conduită solicitată. După Freeman, „bolnavul prefrontal va reacţiona bine la prezent, dar insuficient la viitor". Afectivitatea devine „amputată" pentru probleme de viitor, scade prospecţiunea, iniţiativa şi entuziasmul; apare o vădită sărăcire a imaginaţiei. Cunoştinţele anterior cîştigate sînt relativ păstrate, dar mai greu utilizabile. Retrospectivă este relatată cu slabă participare afectivă, într-o manieră surdinată. Oppenheimer a scos în evidenţă o însemnată diminuare a anticipării cognitive pe baza trecutului experimentat. Din acest motiv, spune autorul, bolnavul prefrontal poate să-şi conducă maşina, dar este incapabil

Scanned with CamScanner

să mai cîştige la şah. Majoritatea autorilor acordă semnificaţia cea mai mare pierderii „celei de a patra dimensiuni" a persoanei şi anume conştientizarea viitorului. Sindromul frontal se întîlneşte în psihopatie, PGP, boala lui Pick, psihoze senile. (7, 6)

FRUSTRARE. Termen psihanalitic care semnifică o suferinţă psihică determinată de lipsa unei satisfaceri vitale, faţă de o persoană iubită (mamă, soţie etc.). În copilărie pretextele F. sînt numeroase şi variate, ele depinzînd, în mare măsură, de imperativele educaţionale ale convieţuirii sociale (de la înţărcare pînă la realizarea independenţei individului, prin detaşare afectivă de părinţi, şi crearea propriei familii). În perioada adultă, F. este deseori consecinţa unei decepţii sentimentale sau a pierderii (deces) partenerului (soţ, soţie). F. se traduce prin sentimente de nedemnitate, de culpabilitate, care merg pînă la instalarea unor tablouri depresiv-melancoliforme. (4)

FUNCŢIONALE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

FUGA. Se înţelege prin F. părăsirea nemotivată a domiciliului, adesea fără scop, pe o durată variabilă de timp. Gayral sistematizează F. în raport de durată (F. scurte şi F. îndelungate), de starea de conştiinţă a subiectului (F. automată, neaşteptată, bruscă, urmată de amnezie şi F. lucidă, mai mult sau mai puţin premeditată, fără tulburări de conştiinţă concomitente). Alte elemente care caracterizează o F. sînt amintirea pe care o are bolnavul despre episod, eventualele delicte comise în cursul său (de exemplu furturi), scopul formulat de bolnav sau cel care se poate deduce, caracterul spontan intempestiv al F. sau premeditatea şi preparativele efectuate (bilete de tren, bagaje etc.). F. trebuie deosebită de vagabondaj (v. VAGABONDAJ) şi de dromomanie (v. DROMOMANIE). Descrierea clinică şi studierea determinismului acestei tulburări de comportament diferă în funcţie de vîrsta subiectului (F. copiilor, adulţilor şi bătrînilor). 1). *F. adultului* poate fi sistematizată în funcţie de contextul în care apare — tulburări de conştiinţă, stări de afect, tablou delirant. Automatismul ambulator epileptic (care e un tip de automatism din cadrul epilepsiei psihomotrice) are o durată de cîteva ore sau zile, este neaşteptat, necoordonat. Deşi acţiunile bolnavilor pot fi aparent coordonate, intenţionate logic, ele scapă de sub controlul conştiinţei, fapt care explică amnezia lacunară sau totală pe care o lasă. Gayral semnalează existenţa variatelor posibilităţi de la obnubilarea automată (de robot), pînă la unele deplasări aproape organizate (se citează în literatură cazuri în care bolnavii au

Scanned with CamScanner

făcut călătorii pe distanțe mari cu trenul, vaporul etc, trezindu-se într-un oraș sau chiar țară necunoscută, neștiind cum au ajuns acolo). Unii autori încadrează F. epileptică în grupa stărilor crepusculare (alături de somnambulism). În afară de epilepsie se pot observa fugi în stările secunde și crepusculare din isterie. F. poate apare la traumatizații cranio-cerebrali. Stările confuzionale din bolile infecțioase, alcoolism, prin trăirile onirice și halucinatorii, pot înscrie în tabloul lor clinic și F. Sînt tipice F. alcoolicilor, ca reacție de apărare, în cazul trăirilor onirice cu halucinații terifiante. În stările reactive acute (ca urmare a acțiunii unor psihotraume puternice, calamități naturale, catastrofe, bombardamente etc) pot apare stări de afect patologic, însoțite de stări crepusculare. Stăpîniți de panică, bolnavii ajung să fugă la întîmplare, fără țintă, orbește. Melancoliile anxioase pot culmina prin F. și raptus suicidant. F. oligofrenilor sînt cel mai adesea bruște, impulsive, discordante, absurde, nemotivate. În stările de deficit intelectual (oligofrenii, demențe), F. este nemotivată, fără scop, absurdă, neorganizată (un fel de rătăcire). Sînt frecvente la demenții senili, care pleacă la întîmplare și se rătăcesc, neputîndu-se întoarce acasă (motiv pentru care trebuie supravegheați permanent). În PGP, F. se poate însoți de o serie de delicte (furturi). În manie, datorită permanentei nevoi de mișcare și inconstanță, cu schimbarea proiectelor acțiunii, se pot observa F., rătăciri. F. care nu apar pe fondul unor tulburări de conștiință par mai organizate și motivate, așa cum sînt F. deliranților cronici, motivate de idei paranoide de persecuție (bolnavii doresc să se pună la adăpost, să fugă de persecutorii lor) sau F. din delirele mistice (vizionări care pleacă pentru a îndeplini o misiune). Psihopații instabili, timolabili, mitomani au adesea gustul aventurii, plecînd fără motiv și neanunțat. Uneori tendința la F. apare periodic (de ex. la dipsomani, care dispar pentru o perioadă ce corespunde episodului de exces alcoolic), la dromomanii obsesionali (care sînt stăpîniți periodic de impulsiunea obsedantă a călătoriei, a plecării cu primul autobus, tren, indiferent unde), în unele manii periodice, care pot debuta prin F. 2). *Fugile copilului și ale adolescentului.* F. este o tulburare comportamentală frecventă în psihopatologia infanto-juvenilă. Ea este favorizată de o serie de trăsături ale acestor vîrste, în special impulsivitatea, lipsa deliberării, frecvența stărilor de afect, avîntul imaginației etc. (V. Ghiran). Printre factorii de mediu care concură la realizarea sa sînt incriminați în special cei educativi, familiali și școlari (familii dezorganizate, al-

Scanned with CamScanner

coolismul tatălui, conduitele necorespunzătoare ale părinților, lipsa supravegherii, carențe afective, greșeli în sensul severității excesive sau, dimpotrivă, al laxității educaționale). F. a fost considerată drept o „reacție de protest" a copiilor (Heuyer). Ea poate fi uneori semnalul de alarmă al tendinței spre o inserție socială defectuoasă, cu antrenarea în bandă, vagabondaj, cînd copilul poate ajunge pînă la delicvență (furturi etc). În afară de aceste circumstanțe, cauzele F. la aceste vîrste pot fi epilepsia (automatismele ambulatorii), debutul schizofreniei în adolescență, debilitatea mintală, tendința la organizarea dizarmonică a personalității, cu tulburări caracteriale, instabilitatea și hiperemotivitatea adolescenților. Implicațiile practice și medico-legale ale F. se referă la măsurile de supreveghere și evitare a recidivelor, la demenți, deliranți și epileptici. Delictele comise în cursul F. cu tulburări de conștiință (automatisme epileptice, stări onirice) conferă neresponsabilitatea bolnavilor. La copii și adolescenți sînt necesare măsuri complexe în cadrul LSM (anchete sociale, testări psihologice, depistarea carențelor educative, măsuri de evitare a delicvențelor etc.). (3)

FUGA DE IDEI. Face parte din tulburările de formă ale gîndirii, constînd dintr-o accelerare extremă a vitezei gîndirii și apărînd în stările psihopatologice dominate de procesul de excitație. Fluxul ideativ este bogat, ideile se succed tumultuos, iar gîndirea devine superficială. Asociațiile de idei se fac rapid, mai des prin mecanismele asonanței, rimei, contrastului și a contiguității, decît prin cel al cauzalității. Datorită hipermneziei (cu exagerarea evocărilor) și labilității atenției, gîndirea devine insuficient orientată spre un anumit scop, iar expunerea neclară, înecată în detalii și paranteze. Două elemente sînt definitorii pentru F.d.I.: fluxul ideativ excesiv și caracterul pasager al ideilor. Contrar aparențelor, tumultul de idei, datorat asociațiilor superficiale și deficitului vectorial, într-un sens determinat, este improductiv. F.d.I. este caracteristică maniei, primei faze din beția alcoolică, fazei incipiente a PGP (formă maniacală) etc. (3)

FURIE. Iritabilitate extremă, cu pierderea autocontrolului, la care se asociază o stare de obnubilare de intensitate variabilă, care poate să-i favorizeze apariția (ex. F. din confuzia mintală) sau să apară ca o consecință a exaltării afective. Subiectul își descarcă agresivitatea asupra obiectelor (tendințe clastice), asupra celor din jur sau chiar asupra propriei sale persoane (autoagresiune). În paroxism, el ajunge la strigăte, ur-

Scanned with CamScanner

lete, agitație (F. oarbă, fără frîu). Sînt prezente întotdeauna semnele somatice de acompaniament (mai ales cele ce denotă angajarea neuro-vegetativă: puls și respirație rapidă, congestia feței prin vasodilatație periferică, transpirații, spume la gură, midriază). Stările de F. sînt declanșate de incidente de mică importanță (provocare, contrariere), care survin fără nici un motiv aparent. Durata lor este scurtă (de maximum cîteva ore) și cu tendință repetitivă. F. poate surveni în cele mai diverse cadre nozologice, dar aspectul cel mai tipic îl îmbracă în epilepsie (una din trăsăturile caracterului epileptic este tocmai tendința explozivă, iritabilitatea marcată). F. epileptică, expresie a eliberării automatismului motor, survine paroxistic, putînd duce la acte grave, cu violențe. Fondul afectiv al F. epileptice este disforic. În manie, într-o formă clinică a acesteia, denumită manie supraacută sau furoare maniacală, F. se manifestă prin vociferări, agitație, tendințe clastice, agresive, fond afectiv coleric, întunecarea conștiinței. Această F. este de obicei limitată la cîteva ore, dar cînd se asociază cu refuzul alimentar, deshidratare, hipertermie, poate evolua defavorabil spre tabloul unui adevărat delir acut. În oligofrenie (în grad de idioție și imbecilitate) pot apare stări de F. cu agresivitate, tendințe clastice. În confuziile mintale, anxietatea se poate asocia agitației coleroase (în special în confuziile cu etiologie toxică, de tipul intoxicațiilor acute, beție alcoolică, cocainică sau al incidențelor de tipul delirium tremens). Există persoane predispuse la accese de F. (cu violență, agitație) de durată scurtă și complet amnezice: psihopați iritabili, explozivi, dizarmonici, hiperemotivi, impulsivi. Aceste stări sînt favorizate de șocuri afective, oboseală fizică, influența alcoolului etc. În schizofrenia catatonică, sînt mai frecvente impulsiunile izolate. Porot descrie sub denumirea de „furoare sexuală" stările de excitație erotică, în care, pentru satisfacție, indivizii recurg la violență. Stările de F. (indiferent de încadrarea lor clinică și momentul declanșator) impun, în afară de izolare, măsuri de sedare urgente, prin mijloace chimioterapice (injectare pe cale i.v. sau i.m. de barbiturice, de tipul amitalului sodic, care difuzează rapid, butirofenone, de tipul haloperidolului sau triperidolului). În funcție de starea bolnavului și de contextul clinic (confuzii infecțioase, stări de epuizare) se recomandă tonicardiace, analeptice. În stări de F. cu agitație marcată se poate recurge la E.Ș. Stările de F. pot avea serioase implicații medico-legale (legate de violențe ce pot merge pînă la crime). Datorită asocierii frecvente a stării de obnubilare a conștiinței (cu

Scanned with CamScanner

amnezie lacunară consecutivă), responsabilitatea este de multe ori suspendată. (3)

FURTUL GÎNDIRII. Tulburare aparținînd domeniului cognitiv și caracterizată printr-o trăire neplăcută, datorită convingerii delirante a bolnavului că orice fel de idee sau proiect care îi trece prin minte este de îndată cunoscut de către cei din jurul său și mai ales de dușmanii săi, care, astfel, îi vor stînjeni realizarea, îl vor împiedica să devină celebru, să aibă succes etc. F.G. apare în schizofrenie, stări onirice, sindroame halucinator-paranoide. (7)

FUS (EEG). Succesiune de unde ce prezintă o augmentare progresivă a amplitudinii, după care urmează o descreștere treptată. F. are, în general, o apariție periodică pe EEG. (6)

FTIZIOFOBIE. v. FOBIE

Scanned with CamScanner

GALEOFOBIE. v. FOBIE

GAMACISM. v. DISLALIE

GAMOFOBIE. v. FOBIE

GANGLIOPLEGICE. Grup de medicamente al cărui principal efect farmacodinamic constă în blocarea transmiterii nervoase la nivelul ganglionilor vegetativi (parasimpatici și simpatici) și a ganglionilor intramurali. G. împiedică accesul acetilcolinei eliberate de terminațiile presinaptice pe membrana postsinaptică. Aceste medicamente au efecte preponderent antiparasimpatice, acolo unde tonusul parasimpatic este preponderent (cord, musculatura netedă) și acțiuni antisimpatice, în cazul organelor unde tonusul simpatic este mai exprimat (vasele sanguine). Efectele principale ale G. constau în: hipotensiune arterială (datorită vasodilatației periferice), tahicardie, inhibiția mișcărilor intestinale, reducerea secreției glandelor exocrine. *Indicații terapeutice.* Principala indicație terapeutică o reprezintă HTA malignă; mai sînt utile în edemul pulmonar (folosirea G. în boala ulceroasă a fost părăsită, datorită efectelor secundare numeroase și grave). Unele G. se folosesc în producerea hipotensiunii controlate. *Efecte secundare.* Cea mai gravă reacție adversă este reprezentată de hipotensiunea ortostatică, care poate duce la colaps. G. mai pot determina pareze, paralizii intestinale, precum și retenție vezicală. *Preparate.* G. se clasifică, din punct de vedere chimic, în următoarele clase: 1). Derivați de amoniu (tetraetilamoniul nu se mai folosește în practica medicală); 2). Derivați de metoniu (pentametoniu, hexametoniu, azametoniu, pentoliniu, clorisondamina); compuși care se absorb greu din tubul digestiv, penetrează dificil în SNC. Se utilizează în administrări parenterale; 3). Amine (mecamil-

Scanned with CamScanner

amina, pempidina). Se absorb bine din tubul digestiv, pătrund în SNC (pot produce fenomene de sedare) și se folosesc în special în administrări perorale; 4). Derivați sulfurați (trimetafan-d-camforsulfonat, Arfonad(R)) au efecte de scurtă durată; se întrebuințează în producerea hipotensiunii controlate (neurochirurgie). G. se utilizează rar în practica psihiatrică curentă. (1)

GANSER, SINDROMUL LUI. Descris de Ganser (1898), are importante implicații medico-legale. După Régis, bolnavii arată că au auzit și au înțeles întrebările care li se pun, dar dau răspunsuri aproximative, echivoce, absurde, chiar la cele mai simple întrebări. Apărînd după stressuri psihice grave, S.G. a fost descris la început la deținuți (în special la cei care sînt în așteptarea procesului). Întrucît Ganser considera ca trăsătură principală a sindromului „Vorbeireden" (a răspunde alături), acest sindrom a fost denumit și sindromul răspunsului alături. Sub raportul apartenenței etiopatogenice, pozițiile autorilor sînt destul de diferite. Astfel, Predescu îl descrie la capitolul psihozelor reactive prelungite, atașîndu-l psihozelor de tip isteric (alături de puerilismul și pseudodemența isterică); Ghiliarovski îl plasează în cadrul tulburărilor de conștiință; H. Ey îl consideră ca o formă particulară a stărilor crepusculare isterice; A. Porot admite existența S.G. în schizofrenie (forma catatonică), la care Gayral presupune prezența sa în confuziile mintale, în melancolii, în stări maniacale și demență. Desigur aceste poziții diverse pot duce la o extensiune abuzivă a cadrului. Majoritatea autorilor admit originea psihogenă, durata scurtă și reversibilitatea simptomelor. Diagnosticul diferențial cel mai important (mai ales sub aspect medico-legal), și totodată cel mai dificil, este cu simularea (v. SIMULARE), deoarece, după Meth, bolnavul pare să înțeleagă întrebarea pusă, cu toate că răspunsul dat este surprinzător de prostesc își păstrează legătura cu întrebarea pusă. Dezorientarea temporo-spațială, amnezia, tremorul sînt simptome prezente, dar cu o intensitate și manifestări variabile. După unii autori, S.G., denumit și pseudodemența lui Wernicke, s-ar situa între melancolia delirantă și neurozele posttraumatice. Durata relativ scurtă (de ordinul zilelor) cît și reversibilitatea totală, îi conferă un prognostic bun. (3, 7)

GARDENAL. v. FENOBARBITAL

GARGOILISM. Boală ereditară cu transmitere recesivă, G. face parte din grupul oligofreniilor dismetabolice, în care este perturbat metabolismul glucidic. A fost descrisă de Hunter și

Scanned with CamScanner

Hurder (1919). Aspectul somatic este caracteristic: nas turtit, limba scrotală, malformaţii ale craniului (de unde şi numele de gargoilism dat bolii), malformaţii ale scheletului, mai importante fiind cele ale oaselor metacarpiene şi ale falangelor. Se mai observă, destul de frecvent, hernie ombilicală, prin slăbirea peretelui abdominal, opacifieri ale corneei, prin depuneri de lipide şi hepato-splenomegalie. Este mai frecvent întîlnită la sexul feminin. Psihic, boala produce stări de nedezvoltare intelectuală (oligofrenii) de intensitate variabilă de la debilitate mintală pînă la idioţie (v. şi OLIGOFRENIE). (2)

GATISM-GATOS. Incontinenţă a materiilor fecale şi a urinii care poate fi determinată de cauze multiple, cum ar fi o serie de leziuni radiculare, medulare sau central-cerebrale din unele boli neurologice care paralizează sfincterele, producînd astfel incontinenţa. Alteori G. apare în contextul stărilor demenţiale profunde sau în oligofreniile grave (idioţie). G. mai este întîlnit în confuziile mintale severe, precum şi în stările comatoase. Prezenţa G. impune măsuri terapeutice corespunzătoare etiologiei, cînd este posibil însoţită de măsuri simptomatice şi de igienă corporală, pentru a preveni complicaţiile (escare, infecţii urinare etc.). În anumite condiţii se poate obţine o parţială reeducare a controlului sfincterian la unii demenţi şi idioţi. (4)

GATOFOBIE. v. FOBIE

GAYET-WERNICKE. Encefalopatie cu etiologie de multe ori alcoolică caracterizată prin tulburări de conştiinţă de tip confuziv sau confuzo-oniric, meningism, ptoză palpebrală, nistagmus, paralizii oculare (oculomotorul extern), ca urmare a lezării trunchiului cerebral şi a nucleilor bazali. Evoluţia gravă, prognosticul rezervat (v. ALCOOLISM CRONIC, encefalopatii alcoolice). (2)

GEFIROFOBIE. v. FOBIE

GELASMUS. După Marchais se caracterizează printr-o hipermimie teatrală pe care apar crize de rîs zgomotos spasmodic. (7)

GELOZIE. Forma patologică a G. a fost descrisă de P. Guiraud sub două aspecte distincte: a). G. care apare la personalităţi accentuate, senzitive, anxioase, susceptibile, care mereu se cred înşelate; b). Reacţie disproporţionată care poate duce la acte de violenţă, agresivitate, crimă pasională, cu sau fără bază reală, unde se încadrează cu predilecţie structurile paranoice. (7)

Scanned with CamScanner

GELOZIE, DELIR DE. v. DELIR

GENEALOGIC, DELIR. v. DELIR

GENITALE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE şi ILUZIE

GENOFOBIE. v. FOBIE

GERONTOFILIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

GERONTOFOBIE. v. FOBIE

GERONTOPSIHIATRIE. Disciplină care studiază tulburările psihice ale vîrstei a treia. Ea se bazează pe gerontologie, care are ca obiect de studiu fenomenele îmbătrînirii normale, şi pe geriatrie, care cercetează aspectele anormale ale senescenţei. Problema bătrîneţii a constituit o preocupare pentru filozofii şi medicii din cele mai îndepărtate timpuri (Socrate, Platon, Cicero, Seneca, Galenus, Caelius, Aurelianus etc.). Cercetările se amplifică şi cîştigă în consistenţă abia în secolul al XIX-lea, cînd psihiatri, ca Beniamin Rush, Esquirol, Constatt, Charcot, Wille şi alţii, descriu în amănunt simptomatologia psihiatrică, iar Rubner, Wirchow etc. deschid calea cercetării anatomopatologice şi histopatologice a bătrîneţii. Prin lucrarea lui Nascher, din 1914, intitulată *Geriatrics*, acest termen este introdus şi acceptat în lumea medicală. Secolul al XX-lea aduce o dezvoltare deosebită a geriatriei şi gerontopsihiatriei, prin marile realizări ale chimiei, endocrinologiei, histochimiei şi eredităţii. Progresele sînt atît de substanţiale, iar importanţa medico-socială şi economică a vîrstei a treia, atît de mare, încît astăzi G. tinde să devină o ramură distinctă a psihiatriei. În apariţia şi delimitarea geriatriei ca ştiinţă medicală, o contribuţie deosebită şi unanim recunoscută, a adus-o şcoala medicală românească în frunte cu C. Parhon, Şt. Milcu, Ana Aslan. Realizările institutului de geriatrie din Bucureşti, metodele şi medicamentele introduse în terapie (v. GEROVITAL şi ASLAVITAL) sînt binecunoscute şi apreciate. (4)

GERTSMANN, SINDROMUL LUI. Constituie o adevărată constelaţie de agnozii (Porot) din care fac parte: agnozia digitală, acalculia, agrafia şi o dezorientare dreapta-stînga. Leziunea căreia i se datoreşte acest sindrom se află în ariile 39 şi 19 Brodmann, din emisferul stîng. (7)

GIGANTICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

GILLES DE LA TOURETTE, sin. BOALA TICURLIOR. v. TIC

GIMNASTICA MEDICALĂ. Domeniu actual cunoscut şi sub denumirea de cultură fizică medicală, cu aplicabilitate în multe specialităţi medicale, reprezentînd în esenţă ansambluri de

Scanned with CamScanner

exerciţii practicate după anumite principii şi anumite metodologii, care sînt în relaţie cu afecţiunea şi scopul particular terapeutic pe care îl urmărim. În terapia bolilor psihice, G.M. are indicaţii mai ales în tratamentul complex al neurozelor, în funcţie de forma clinică, fiind practicată în grup, prin mişcări active, în contextul unor exerciţii globale; se mai poate indica în schizofrenia apatico-abulică, în stări de convalescenţă după toxicomanii, episoade postconfuzive etc. (6)

GIMNOFOBIE. v. FOBIE

GINANDRIE. G. poate fi definită la bărbat şi la femeie. La bărbat prin G. se înţelege aspectul morfologic particular, caracterizat prin dezvoltarea exagerată a unor caractere feminine, precum şi prin dispoziţia adipozităţii de aşa manieră încît seamănă cu o femeie; la femei, G. se manifestă ca o tulburare de conduită, datorită unei perversiuni sexuale şi caracterizată printr-o vestimentaţie ostentativ masculină (pantaloni, cravată, pălărie, pantofi). G. este considerată ca un model de travestitism. (4)

GINECOFOBIE. v. FOBIE

GINOFOBIE. v. FOBIE

GLICEROFOSFAŢI. G. sînt săruri ale ac. glicerofosforic (ester al ac. fosforic cu glicerina). G. de Na şi Ca se utilizează în terapeutică. G. de Na este un tonic al SNC. De asemenea el stimulează nutriţia şi intervine în reacţiile biochimice ale contracţiei musculare. Este indicat în debilitate fizică, astenie, anemie secundară, convalescenţă. Se administrează sub formă de soluţie apoasă, per os 1—3 g pe zi. Poate fi asociat cu cacodilat de Na. G. de Ca are acţiune tonică şi favorizează procesele de calcifiere. Este solubil în apă 25/100; ac. citric îi favorizează solubilizarea. Se prescrie în doză de 0,5—2 g pe zi sub formă de pudră (caşete), zaharuri granulate, soluţii, fiind indicat în rahitism, convalescenţă, surmenaj, neurastenie. Preparatul Cedecalcin(+), drajeuri, conţine pe lîngă G. de Ca şi gluconat de Ca, vitamina D_2 (ergosterol iradiat) precum şi vitamina C. Se administrează per os, 2—6 drajeuri pe zi, pentru remineralizare (rahitism, osteomalacie, fracturi), dermatoze alergice şi, în cazurile menţionate mai sus, ca roborant. (5)

GLIOZA MARGINALĂ CHASLIN. Chaslin a descris în epilepsie o dezvoltare a gliozei în stratul superficial al scoarţei cerebrale. (7)

GLOBUS HYSTERICUS, sin. GLOMMUS HYSTERICUS. Simptom întîlnit frecvent în neuroza isterică şi perceput de

Scanned with CamScanner

bolnav ca o senzaţie de „nod în gît" care-l împiedică să respire sau să mănînce. Tulburarea este pur funcţională, fără substrat morfolezional şi are un caracter pasager, ea fiind indusă psihogen la fel ca şi majoritatea simptomelor din neurozele isterice (v. NEUROZA ISTERICĂ). (2)

GLOSOLALIE. Tulburare de vorbire în care bolnavul pronunţă silabele la întîmplare, fără sens aparent, dar după reguli pe care singur le stabileşte şi le respectă. G. survine mai ales în schizofrenie. (7)

GLOSOMANIE. Divertisment de exprimare prin pronunţarea unor silabe fără sens care amuză bolnavul. G. apare în manie, psihopatie, isterie, oligofrenie. (7)

GLUTAMAŢI. AC. GLUTAMIC. Este un aminoacid dicarboxilic esenţial, care se găseşte în SNC, avînd un important rol metabolic. Ac.G. fixează ionul de amoniu toxic, care rezultă în cursul proceselor metabolice din SNC sau cel care poate ajunge la acest nivel în urma alterării funcţiei ureogenetice a ficatului, în diverse afecţiuni ale acestuia. În urma conjugării cu amoniul rezultă glutamină netoxică. Aceasta este vehiculată spre rinichi unde se descompune, amoniacul fiind eliminat, iar Ac.G. este recuperat de organism. În felul acesta, Ac.G. intervine în detoxifierea şi menţinerea capacităţii funcţionale a scoarţei cerebrale (rol eutrofic), putînd chiar mări această capacitate (rol tonic, psihoanaleptic). Ac.G. favorizează sinteza acetilcolinei — mediator chimic important în SNC. Cu toate acestea efectul psihoton nu este unanim admis, deoarece experienţele pe animale nu l-au confirmat pe deplin. Prin decarboxilarea Ac.G. se produce GABA, cu rol inhibitor asupra SNC. În această reacţie intervine vitamina B_6 în calitate de catalizator. Diminuarea producerii de GABA (avitaminoză B_6 sau antagonizarea acţiunii acesteia prin HIN) determină fenomene de hiperexcitabilitate a SNC. Pe lîngă cele arătate, Ac.G. are şi alte roluri în organism, prin participarea la metabolismul glucidic, protidic, sinteza glutationului şi a ac. folic. Ac.G. împiedică pierderea K. din celule (indicaţii v. GLUTAMAŢI). GLUTAMAŢII sînt săruri ale Ac.G.; acţionează prin transformare în Ac.G. Au importanţă şi prin cationii pe care îi conţin (Na, K, Ca). *Indicaţiile* Ac.G. sînt reprezentate de unele forme de epilepsie (petit mal), oligofrenie fenilpiruvică, precum şi alte forme de întîrziere mintală, leziuni cerebrale de origine vasculară, ateroscleroză, sechele după neuroviroze (encefalite), dismnezii, surmenaj intelectual, stări astenice, neuroze, depresii, mixedem. În afara

Scanned with CamScanner

acestora, Ac.G. se poate utiliza în hiperamoniemie, în encefalopatia portală (hepatite toxice, precomă sau comă hepatică, obstacole ale circulației porto-cave). În cursul tratamentului cu HIN se poate asocia Ac.G. cu vitamina B_6 pentru a diminua incidența fenomenelor de excitație ale SNC determinate de HIN. *Efectele secundare* constau în intoleranță digestivă (greață, vomă, diaree) determinate de dozele mari administrate per os. Parenteral, aportul masiv de Na (glutamat de Na) poate determina, în caz de insuficiență hepatică, instalarea alcalozei și hipopotasemiei. Ac.G. este contraindicat în insuficiența suprarenală acută și cronică, dezechilibru electrolitic sever. Administrarea per os nu se poate practica în cazuri de hiperaciditate gastrică. Glutamatul de Na (sau alte săruri) nu se va injecta în caz de oligurie, anurie sau insuficiență renală. Preparatul Glutarom(+) conține pe drajeu 400 mg ac. glutamic, iar pe fiole 1 g (10 ml) glutamat de Na. Per os se administrează 3—16 g pe zi, în 3 prize, după mese. Tratamentul este de lungă durată În caz de comă hepatică se administrează sub forma de injecții sau perfuzie i.v. (15—30 g pe zi, în soluție izotonică de glucoză). În cursul tratamentului cu HIN se recomandă asocierea unei doze mari de ac. glutamic și 50 mg vitamina B_6 pe zi. Multiglutinul(+) este un preparat injectabil care conține glutamat de Na, K și Ca; acționează prin transformarea sărurilor respective în ac. glutamic. Prin aportul de săruri, multiglutinul poate corecta dezechilibrul electrolitic din bolile hepatice menționate. Se injectează i.v. 5—10 fiole pe zi diluate în soluție izotonică de glucoză. (5)

GLUTAMATUL DE MAGNEZIU. Este un medicament recent introdus în tratamentul migrenei; este eficient dacă se administrează în faza prodromală sau la începutul fazei dureroase. Se utilizează soluție 10%, administrată i.v. (5)

GLUTAROM(+). v. GLUTAMAȚI

GRAFICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

GRAFOELEMENT (EEG). Model grafic elementar înregistrat pe EEG și care reprezintă un prototip particular. (6)

GRAFOFOBIE. v. FOBIE

GRAFOREE. Tendință irezistibilă, patologică de a scrie, care face parte din tulburările psihografice. Este corespondentul scris al logoreei, întîlnindu-se, de cele mai multe ori, în aceleași boli. În manie și hipomanie, starea de excitație psihică se însoțește de hiperproductivitate verbală și grafică. La acești bolnavi se constată în scris trecerea rapidă de la un subiect la altul,

Scanned with CamScanner

digresiuni, fraze neterminate. Caracteristic este faptul că au tendința de a scrie oriunde, pe orice (bucățele de hîrtie, de ziar etc.) și cu orice (în lipsa creionului, chiar cu degetul mînjit cu fecale; sînge etc.). Bolnavii au un scris dezordonat, umplu toate suprafețele libere, scriind în lung și în lat, de-a curmezișul, uneori chiar și peste suprafețele imprimate. Totuși, datorită hiperproxiei și lipsei de răbdare la maniacali, frecvența G. este mai mică decît a logoreei. La schizofrenici apare uneori tendința de a așterne în scris probleme ale vieții interioare, alternînd cu desene ciudate, figuri geometrice, simboluri, inaccesibile celor din jur. Bolnavii cu delir cronic sistematizat (pasionali, mistici, revendicatori, reformatori) au tendința de a scrie mult (în special memorii, reclamații, apeluri, proclamații) folosind abuziv majusculele și subliniind unele cuvinte (uneori cu culori diferite, pentru a fi mai evidente). În demențe — deficitul intelectual alterează și posibilitățile de exprimare scrisă. Unii demenți însă, după Porot, își păstrează tendința de a scrie cuvinte fără șir, fără sens. (3)

GRAFOMANIE. Tulburare pictografică manifestată printr-o particulară predominanță a bolnavului de a folosi scrisul. G. apare în paranoia, psihopatie cverulatorie, parafrenie, uneori în epilepsie, și la procesomani. (7)

GRAFOSPASM, sin. CRAMPA PROFESIONALĂ. v. CRAMPA PROFESIONALĂ

GRAFOTERAPIE. Metodă de tratament în care este inclus scrisul ca mijloc preponderent. G. se bazează pe însemnătatea pe care o are în comunicarea interumană scrisul. Rezultatele sînt apreciabile, mai ales că G. completează psihoterapia și psihofarmacologia; ea se poate aplica în neuroze, psihastenie, farmacodependențe, psihoze halucinator-delirante cronice etc. (7)

GRANDAXIN. v. TOFIZOPAM

GRAND MAL. Formă clinică de epilepsie generalizată convulsivă, sinonimă cu termenul de epilepsie majoră, manifestată clinic printr-o criză tonico-clonică. Termenul este preluat din literatura medicală franceză. (6)

GRANDOARE, DELIR DE. v. DELIR

GRAVIDITATE, DELIR DE. v. DELIR

GRAVIDITATE, TULBURĂRI PSIHICE ÎN. v. MATERNITATE, TULBURĂRI PSIHICE LEGATE DE

GUILLAIN-THAON, SINDROMUL LUI. Formă mixtă de asociere a PGP cu Tabes. (v. PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ). (7)

Scanned with CamScanner

GULIVERIENE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

GUSTATIVE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE și ILUZIE

GUTIEREZ-NORIEGO, SINDROMUL LUI. Descris în 1947, apare în cadrul alcoolismului cronic și se caracterizează prin amnezie de fixare, tulburări afective și cognitive (apatie, indiferență, lentoare), hipobulie, tulburări de comportament și tulburări sexuale (Feighin). (7)

Scanned with CamScanner

HADEFOBIE. v. FOBIE

HALLERWORDEN-SPATZ, BOALA LUI. Este o afecțiune eredo-familială cu debut de obicei la naștere sau în primele luni; simptomele cele mai caracteristice sînt o rigiditate musculară progresivă, atetoză sau mișcări coreo-atetozice (Ajuriaguerra, 1970). Tulburările neuropsihice se datoresc în general unei degenerescențe neuroaxonale, care este localizată mai ales în globus pallidus și locus niger. Seitelberger a descris o formă infantilă cu debut la vîrsta de 2—4 ani prin apariția și treptata dezvoltare a tulburărilor piramidale, însoțite de o degradare psihică progresivă. (7)

HALOANISON(R). v. FLUANISON

HALOPERIDOL (Aldol(R), Haldol(R), Haloperidol(R) R-1625, Serenace(R)). Primul neuroleptic din seria butirofenonelor care a fost introdus în clinică, în anul 1958, de către Divry, Bobon și Collard. H. se absoarbe bine din tubul digestiv și acțiunea sa sedativă începe rapid; în schimb se elimină lent din organism. Proprietățile sale antipsihotice sînt comparabile cu ale clorpromazinei, cu deosebirea că H. este mai activ după doze mai reduse. Este un neuroleptic incisiv, cu acțiune halucinolitică intensă. H. este un antivomitiv foarte eficace. H. mai posedă proprietăți analgezice și alfa-adrenolitice. Sub influența sa, scade pragul la acțiunea agenților convulsivanți. H. acționează asupra receptorilor dopaminergici din SNC; blocajul acestora explică efectul sedativ și antivomitiv, pe de o parte, și apariția fenomenelor secundare extrapiramidale, pe de altă parte. Acțiunea neuroleptică a H. se mai explică prin similitudinea de structură cu GABA și prin blocarea unor segmente din formația reticulară mezencefalică. H. potențează acțiunea narcoticelor, opiaceelor, hipnoticelor și a alcoolului etilic; nu potențează însă acțiunea anticonvulsivantelor. *Indicațiile* sînt reprezen-

Scanned with CamScanner

tate de stările de agitație psihomotorie acute, stări delirante, stări confuzo-onirice, halucinații, deliruri sistematizate halucinatorii, stări de agresivitate. Se poate utiliza în tratamentul agitației maniacale, a schizofreniei, a psihozelor de involuție, a psihopatiilor, precum și în tulburările de comportament la oligofreni, în depresia agitată, în melancolia anxioasă. De asemenea se recomandă în delirium tremens, coreea Huntington, sindromul Gilles de la Tourette și în unele neuroze, cu acuze cenestopate sau anxioase. Se mai utilizează ca antivomitiv, precum și ca antianxios, înaintea unor intervenții. *Efectele secundare* pe care le poate determina constau în somnolență, vertij, depresie sau, dimpotrivă, stare de agitație, anxietate, insomnie și mai rar chiar exacerbarea simptomelor bolii psihice respective; în cadrul maniei, aceasta poate vira spre depresie. H. poate produce tulburări vegetative variate (sialoree, transpirații abundente, diaree, gură uscată, retenție urinară, constipație), hipotensiune arterială moderată, tahicardie. E.Ș. potențează efectul hipotensiv al H. Uneori H. determină extrasistole și dureri anginoase. Tulburările extrapiramidale exprimate pot apărea chiar după doze reduse, dar, în general, intensitatea lor este proporțională cu doza administrată. Cînd fenomenele devin prea pronunțate, este necesară întreruperea tratamentului. Antiparkinsonienele de tipul trihexifenidilului (Romparkin(+), Artan(R)) pot corecta aceste tulburări. Antiparkinsonienele colinolitice (v. ANTIPARKINSONIENE) nu sînt recomandabile deoarece pot precipita apariția glaucomului. H. poate determina acatizie și hiperreflectivitate. Uneori se produc reacții alergice, erupții maculo-papuloase și acneiforme, eventual fotosensibilizare. Dacă apare „sindromul malign" (hipertermie, erupții cutanate, transpirații abundente, deshidratare), tratamentul va fi întrerupt. La epileptici H. poate favoriza apariția crizelor convulsive. (În general, butirofenonele sînt mai toxice decît neurolepticele fenotiazinice). *Contraindicațiile* sînt constituite de stările comatoase, cu deprimarea activității SNC după narcotice, hipnotice, etanol etc.; stările depresive (depresia inhibată), boala lui Parkinson, epilepsie, isterie, sarcină (pericol de focomelie), alergie la H. Se utilizează cu prudență sub vîrsta de 7 ani, la bolnavii arteriosclerotici cu sindroame cerebrale produse de spasme vasculare și la femeile care alăptează. Nu se asociază cu anticoagulante derivați inandionici (fenidiona, difenandiona). *Preparate. Posologie.* Haloperidolul(R) conține pe comprimat 1,5 mg substanță activă, iar pe fiole (1 ml), 5 mg. Există și o soluție buvabilă care conține 2 mg/1 ml (10 pic. = 1 mg). Hal-

Scanned with CamScanner

dolul(R), un alt preparat, se prezintă sub formă de comprimate de 0,5 mg; 1 mg; 2 mg sau 5 mg și soluție buvabilă (2 mg/ml). Dozele se stabilesc prin tatonare, oscilînd între 1—15 mg pe zi, administrate per os (maximum 30 mg pe zi). În cazul agitațiilor intense, medicamentul poate fi aplicat parenteral la începutul tratamentului, fie pe cale i.v. (1—5 mg pe zi) fie i.m. (2—20 mg pe zi) apoi se trece cît mai repede la aplicarea orală. După obținerea efectului terapeutic se stabilește doza de întreținere care este cuprinsă între 1—4 mg pe zi, per os. H. poate fi asociat cu neuroleptice sedative sau antidepresive triciclice. În caz de vomă de origine centrală, rebelă la alte tratamente H. se administrează per os, în doză de 1—2 mg pe zi (sub formă de picături). În neurozele cenestopate se poate asocia cu unele medicamente colinolitice de tipul priamidei (v. VESALIUM(R)). (5)

HALUCINAȚIE. Tulburare gravă psihică, definită drept o percepție falsă, fără obiect. Convingerea delirantă, proiecția spațială și senzorialitatea au rămas trăsăturile sale cele mai caracteristice, la care se adaugă o anumită stare particulară de trăire, de rezonanță și de însușire a fenomenului halucinator; implicațiile modificărilor de conștiință sub o formă sau alta sînt totdeauna prezentate. H. reprezintă de multe ori simptomul de bază al bolii psihice; în funcție de caracteristicile lor. precum și de felul în care interferează cu celelalte tulburări, realizează diverse entități nozografice. Cele mai strînse conexiuni ale H. sînt cu delirul, cu care realizează sindromul halucinator-delirant. Prioritatea în debut în general aparține delirului, H. venind doar să completeze, să verifice sau să argumenteze falsele convingeri ale bolnavului. În psihozele endogene predomină mai ales H. auditive, pe cînd în psihozele exogene, H. vizuale se află pe primul plan. H. pot apare și la persoane indemne psihic, care se găsesc într-o situație particulară (stress, traumatism psihic, izolare senzorială etc.); ele mai pot fi produse și cu ajutorul hipnozei sau a drogurilor. Substanțele halucinogene (v. HALUCINOGENE) ar declanșa (după H. Ey) „forța imaginației" după ce în prealabil au modificat conștiința. H. perturbă întotdeauna critica persoanei respective, care participă activ (actor, regizor) sau pasiv (spectator) la desfășurarea lor. *Etiopatogenia* H. este complexă și extrem de diversă deoarece procesul perceptiv poate fi modificat în oricare parte a realizării sale. *H. abstracte* (H. vizuale complexe nonfigurative); *H. acromatice* (H. vizuale necolorate, în alb-negru); *acuasme, sin. acufene* (H. auditive elementare sub formă de zgomote, sunete); *acufene, sin. acuasme; H. acusticoverbale* (H. auditive

Scanned with CamScanner

complexe); *H. adelomorfe* (H. cu contur imprecis, vag, de obicei simple, nediferențiate); *H. adevărate, sin, psihosenzoriale* (H. care au o proiecție spațială, o prezentare senzorială și sînt însoțite de convingerea delirantă a bolnavului); *H. agreabile* (H. însoțite de o stare afectivă plăcută, ele amuzînd bolnavul sau creînd o adevărată stare feerică, de basm); *Algohalucinații* (H. tactile dureroase, de obicei atematice); *H. antagoniste* (Bleuler), *sin contradictorii* (H. auditive bilaterale, simultane sau succesive, care insuflă la o ureche un conținut plăcut (de laudă) pentru bolnav, iar la cealaltă ureche un conținut neplăcut (injurii, amenințări)); *H. asociate* (Séglas) (H. diverse, prezentate într-o adevărată suită, ex. o voce îl anunță că va fi curentat și imediat simte efectele curentului electric); *H. auditive* (totalitatea H. pe modelul analizatorului acustic); *H. autoscopice, sin. deuteroscopice, heautoscopice* (proiecția propriei imagini corporale (parțiale, segmentare, sau totalitare)); *H. barestezice* (H. ale percepției presiunii, a greutății); *H. campine* (H. optice, plasate în perimetrul cîmpului vizual, ele pot fi centrale sau periferice); *H. cenestezice* (Sivadon) (H. ale propriilor organe interne sau ale propriului organism); *H. cinematografice* (H. vizuale sub formă de scene care se desfășoară în fața bolnavului; acesta va participa ca regizor, actor sau ca spectator la ele); *H. colective* (apariția simultană a mai multor H. (mai ales vizuale, auditive sau olfactive) la mai multe persoane, ele se datoresc sugestiei în masă, hipnozei); *H. combinate* (a) fenomenului halucinator conține elemente proprii pentru diverse simțuri *(sin. sinestezice);* b) apariția în același timp a mai multor tipuri de H.); *H. complexe* (H. psihosenzoriale, cu o realizare complexă superioară ex. H. cinematografice verbale, muzicale etc.); *H. comune* (H. Ey) (H. auditive elementare); *H. contradictorii, sin. antagoniste.* v. antagoniste; *H. corporale, sin. somatice, viscerale* (H. care vizează în general schema corporală, organele sau aparatele principale); *H. cosmice* (H. cu teme astronomice, astrale); *H. cromatice* (H. vizuale colorate, sub formă de tablouri, de scene); *H. decorative* (H. vizuale formate din arabescuri, desene etc.); *H. deuteroscopice,* sin. și v. autoscopice; *H. diferențiate* (Marchais) (H. vizuale complexe, însoțite de H. auditive adecvate, ex. locomotiva însoțită de șueratul pe care-l produce); *H. dominante* (H. care dețin prim-planul simptomatologic sau poziția cea mai importantă în preocupările bolnavului în general și în tabloul psihopatologic în special); *H. elementare, sin. simple* (H. vagi, fragmentare, imprecise); *H. endoscopice* (H. ale organelor interne, stomac, ficat, inimă etc.); *H. enterocep-*

Scanned with CamScanner

tive (Marchais) (H. ale sensibilității generale interne); *H. erotice* (H. cu teme sexuale, ele sînt de obicei, polisenzoriale); *H. estetice* (H. vizuale, auditive, însoțite de trăiri artistice); *H. extatice* (H. cu conținut cosmogonic, mistic, profetic etc. plăcute, satisfăcînd bolnavul); *H. extracampine* (Bleuler) (H. vizuale complexe, plasate de bolnav în afara cîmpului său vizual); *H. figurative* (H. vizuale complexe sub formă de oameni, animale, case, plante etc.); *H. fiziologice* (H. observate la oameni normali); *H. foneme* (H. vizuale simple, sub formă de pete luminoase, pete colorate); *H. fotografice, sin. statice* (H. vizuale, lipsite de mișcare, asemănătoare unui tablou); *H. fotom* (H. vizuală elementară, sub formă de pată de lumină, de culoare, umbre etc.); *H. funcționale* (H. complexe care apar simultan cu un pretext real; ex. H. verbale care apar odată cu zgomotul apei de la robinet); *H. genitale* (H. proiectate de regiunea organelor genitale externe); *H. gigantice, sin. guliveriene, macropsice* (H. vizuale, uriașe, speriind bolnavul care se simte copleșit de prezența lor); *H. grafice* (litere, cifre, ieroglife etc. văzute sau scrise sub comandă); *H. guliveriene,* sin și v. gigantice; *H. gustative* (diferite gusturi plăcute sau chiar respingătoare); *H. haptice, sin. tactile* (toate falsele percepții legate de simțul pipăitului); *H. haptofone* (Marchais) (transpunerea elementelor tactile în registrul auditiv); *H. heautoscopice,* sin. și v. autoscopice; *H. hemianopsice* (Morsier) (H. vizuale care apar în jumătatea dreaptă sau stîngă a cîmpului vizual); *H. hipnagogice* (Maury) (H. care apar în perioada de adormire); *H. hipnopompice* (H. care apar dimineața la trezire); *H. holocampice* (H. vizuale care apar în întreaga zonă a cîmpului vizual lezat); *H. homofone* (H. acustico-verbale sau formă de voci, între care se distinge, de către bolnav o voce principală); *H. imperative* (H. auditive sub formă de poruncă, dînd ordin bolnavului să execute fel de fel de acțiuni); *H. intuitive* (H. pe care bolnavul afirmă că le-a presimțit înainte chiar de a apare); *H. intrapsihice,* sin. și v. pseudohalucinații; *H. kinestezice* sau de mișcare (bolnavul execută fel de fel de mișcări, acțiuni sub comandă sau la un ordin dat afirmativ de altcineva); *H. liliputane* (Leroy), *sin. micropsice, microscopice* (H. vizuale miniaturizate, care de obicei delectează bolnavul); *H. macropsice, sin. gigantice; H. micropsice,* sin. și v. liliputane; *H. microscopice,* sin. și v. liliputane; *H. mistice* (H. cu conținut religios); *H. mnezice* (după H. Ey), sin și v. ecmnezie; *H. monocrome* (H. vizuale într-o singură culoare, stabile, constante); *H. monoculare* (Morel) (H. vizuale la un singur ochi, de cele mai multe

Scanned with CamScanner

ori în legătură cu un scotom central); *H. multisenzoriale, sin. polisenzoriale* (H. simultane care cuprind mai mulţi analizatori (auditivi, vizual, tactil etc.); *H. muzicale* (H. auditive complexe sub formă de melodii, cîntece, ele pot fi bilaterale sau unilaterale); *H. negative* (H. care refuză recunoaşterea unei realităţi, ex. în hipnoză, persoana hipnotizată nu vede sau nu aude obiectele sugerate, în sindromul Cotard refuză să creadă că mai are viscere etc.); *H. normopsihice* (Lhermite) (H. care respectă în general proporţia reală a dimensiunilor obiectelor, animalelor la care se referă); *H. olfactive* (H. ale mirosului); *H. optice, sin. vizuale* (H. ale vederii); *H. panoramice* (H. vizuale, statice, în care bolnavul vede mereu acelaşi peisaj, flori, fructe etc.); *H. pantofobice* (Lévy-Valensi) (scene de groază, catastrofe, cutremure, incendii, inundaţii etc.); *H. policrome* (Clerambault) (H. vizuale colorate); *H. polifonice* (H. auditive muzicale, în care se aud simultan mai multe voci); *H. polisenzoriale*, sin şi v. multisenzoriale; *H. profetice* (H. acustico-verbale mistice, care dau bolnavului convingerea că deţine secretele viitorului, că poate prevedea mersul lumii etc.); *H. pseudohalucinaţii, sin. intrapsihice* (Kandinski) (H. fără proiecţie spaţială, sînt considerate un fel de transpoziţie a gîndurilor); *H. psihogene* (H. cauzate de un stress psihic puternic); *H. psihomotorii* (H. de mişcare, aparţinînd analizatorului psihomotor); *H. psihosenzoriale* (Baillarger) sin. şi v. adevărate; *H. psihice*, sin. şi v. pseudohalucinaţii; *H. secundare* (H. care dublează de obicei ideile delirante); *H. semihalucinaţii* (H. vizuale hemianopsice, în care apar jumătăţi de oameni, de obiecte); *H. simple, sin. elementare; H. sinestezice* (H. complexe interferenţiale, ex. audiţie colorată); *H. somatice, sin. viscerale* şi v. H. corporale; *H. statice*, sin. şi v. fotografice; *H. stereotipe* (repetarea aceluiaşi model de H.); *H. tactile*, sin şi v. haptice; *H. terifiante* (H. de groază); *H. verbale* (cuvinte, voci, conferinţe, monologuri); *H. vestibulare* (H. care dau impresia vertijului, a pierderii echilibrului); *H. viscerale*, sin. şi v. corporale; *H. vizuale*, sin şi v. optice; *H. voluntare* (H. Ey) (H. autodirijate de bolnav); *H. zoopatii cutanato-mucoase* (H., Ey) (H. haptice, avînd ca temă animale, insecte care umblă pe sub piele înţeapă etc.); *H. zoopsii* (H. vizuale complexe sub formă de animale, avînd de obicei un caracter terifiant). (7)

HALUCINOFILIE. Termen folosit de H. Ey prin care este definită uşurinţa cu care o persoană cade pradă halucinaţiilor. (7)

Scanned with CamScanner

HALUCINOGENE. v. PSIHODISLEPTICE

HALUCINOZA. Percepţie falsă însoţită de o convingere îndoielnică; bolnavul verifică prezenţa celor presupuse ca văzute sau auzite; în acelaşi timp nu poate renunţa la ipoteza că totuşi se întîmplă ceva deosebit. Cele mai cunoscute modele de H. sînt: *H. alcoolică* (în care predomină H. auditive, v. ALCOOLISM) şi *H. pedunculară* (stare onirică) în care predomină H. vizuale. H. pedunculară este o formă clinică particulară de stare onirică în care, pe fondul unei moderate dezorientări temporo-spaţiale, apar halucinaţii polisenzoriale, polimorfe, cinematografice, similare cu o stare de vis. (7)

HAMARTOFOBIE. v. FOBIE

HANS-SCHÜLLER-CHRISTIAN, BOALA LUI. Este o dislipoidoză, care debutează insidios prin semnele unui diabet insipid cu exoftalmie, ceea ce dă un aspect particular expresiei feţii. Radiografic, se pune în evidenţă o serie de lacune în oasele craniului, a vertebrelor, a coastelor, a omoplaţilor. Focarele de demielinizare, cu depozit de substanţe lipidice au o predominanţă cerebeloasă, trunchiulară şi medulară. În H.S.C.B. apar crize epileptice, paraplegie spasmodică şi hipertensiune intracraniană. Psihic, tulburările sînt grupate după Ajuriaguerra (1970) în categoria arieraţilor mintali, ceea ce presupune o insuficienţă variabilă de dezvoltare a tuturor proceselor, dar mai ales a funcţiilor cognitive. (7)

HAPTEFOBIE. v. FOBIE

HAPTICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

HAPTODISFORIE. Trăirea de către bolnav a unei impresii neplăcute în momentul cînd este atins de cineva. H. se întîlneşte în psihastenie, isterie, debut-schizofrenie etc. (7)

HAPTEFOBIE. v. FOBIE

HAPTOFONE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

HARMONYL(R). v. DESERPIDINA

HARPAXOFOBIE. v. FOBIE

HARTNUP, BOALA LUI. Descrisă în 1956, este o suferinţă ereditară dismetabolică (metabolismul triptofanului), caracterizată prin demenţiere progresivă, însoţită de un sindrom halucinator-delirant, la care se adaugă ataxie cerebeloasă şi dermatită pelagroidă, sensibilă la lumină. (7)

HAŞIŞ. Reprezintă rezina de Cannabis sativa var. indica (cînepa indiană), care creşte în India, Egipt, sudul S.U.A., Mexic. Drogul este numit H. în Orient şi marihuana în America. Principiile active din H. se numesc cannabinoide şi sînt formate din cannabidiol, cannabinol şi tetrahidrocannabinol (THC).

Scanned with CamScanner

Acesta este un derivat de difenilmetan, care a fost obținut și pe cale sintetică (Δ_9-THC și Δ_8-THC). THC poate produce la om aceeași simptomatologie ca și H. După ingerare sau fumat, H. produce o stare de liniștire. La doze mari (200—300 mg), la început, se observă o stare de neliniște, după care apare o stare de euforie, însoțită de halucinații vizuale, dezorientare în timp și spațiu și, în cele din urmă, individul adoarme. Toxicitatea acută a dozelor mici de H. (la fumători) este redusă. După doze mari însă, s-a observat ataxie și areflexie corneeană. La animale, dozele mari au acțiune embriotoxică. THC posedă proprietăți analgezice, dar H. nu are utilizare terapeutică. În schimb, este consumat de un număr impresionat de toxicomani. (5)

HAȘIȘISM. (Farmacodependență cu haşiş). Datorită modului de preparare cît și a ingerării există o diversitate mare între consumatori. Deși în general haşişul este fumat, el poate fi consumat și ca ingredient în alimente sau băuturi. Tulburările imediate care apar sînt euforie, disestezie (tulburări ale acuității perceptive), ușoară dezorientare autopsihică și allopsihică. Uneori apare hiperestezia audiovizuală, însoțită de halucinații vizuale și mai rar auditive. Intoxicația acută cu haşiş determină o psihoză confuzo-onirică la care se asociază frecvent agitația psihomotorie, cu o durată de 2—7 zile. Intoxicația cronică cu haşiş produce o dependență psihică moderată și o dependență somatică ușoară. Kramer și Cameron (1975) cred că apare un adevărat sindrom amotivațional caracterizat prin apatie, izolare, tulburări de gîndire și de activitate, însoțite de bronșită. Tratamentul este de cursă lungă și necesită o perioadă de 1—3 ani, în care, după o scurtă perioadă de dezobișnuință progresivă, urmează o fază dificilă de reinserție socio-familială și profesională. (7)

HAVELOCK-ELLIS, SINDROM. sin. ONDINISM. v. PERVERSIUNI SEXUALE

HEAUTOSCOPICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

HEBEFRENIE. Formă clinică de schizofrenie care apare la vîrstă tînără 15—20 ani și este caracterizată prin apatie, discordanță, comportament pueril, fragmente delirante, adesea pe teme pseudo-științifice de invenție etc., cu evoluție rapidă spre dezorganizarea persoanei (degradare de aspect demențial). Această formă de schizofrenie a fost descrisă de Morel (1860) și de Hecker (1871) sub numele de „demența precoce a tinerilor" și ulterior, Kraepelin, reconsiderînd tablourile clinice ale diferitelor forme de demențe ale tinerilor, reia termenul de

Scanned with CamScanner

„dementia precox", propus de Morel. Aspectele etiopatogenetice evolutive şi terapeutice sînt aceleaşi cu ale schizofreniei (v. SCHIZOFRENIE). (4)

HEBEFRENIC, SINDROM. Guiraud a menţionat sindromul acesta caracterizat printr-o aparenţă maniacală, sub care se dezvoltă rapid şi progresiv o stare demenţială în perioada pubertară; ca forme clinice mai deosebite ale sindromului H. Porot citează: forma H. catatonică, H. intermitentă; H. juvenilă; H. mixtă şi H. simplă. (7)

HEBOIDOFRENIE. Cadru nozografic discutabil, limitrof cu psihopatia şi schizofrenia. Elementele sale particulare şi caracteristice sînt: autism, inerţie, pasivitate, stereotipii, asociate sau nu cu paroxisme, în care apar impulsiuni, violenţe, agresivitate, cînd bolnavul poate comite delicte, fraude, chiar crime. Unii autori scot în evidenţă fondul psihopatic şi evoluţia de tip episodic care se poate termina printr-o degradare progresivă. Particularităţile simptomatologice din episoade au dat denumirea cadrului, ele fiind menţionate în special de psihiatri germani Kahlbaum (1885), Hess, Halberstad, Wernicke etc. (7, 4)

HEDONISM. Concepţie etică după care la baza vieţii morale stă plăcerea erotică, intelectuală, estetică şi găsirea modalităţilor de evitare, sub orice formă, a durerii. H. s-a manifestat conceptual în contextul filozofiei greco-romane antice (Epicur, Aristotel). În sens psihiatric, H. este ilustrat de ansamblul impulsiunilor instinctive dirijate în scopul obţinerii plăcerii. Din aceste motive, termenul de H. a fost substituit celui de libidou (termen psihanalitic). Se recunoaşte un H. oral, anal, genital, ce ar corespunde - în accepţiunea psihanalitică-stadiilor de dezvoltare instinctuale a individului. (4)

HEDONOFOBIE. v. FOBIE

HEFEFILIE. Termen sinonim cu fetişism; el înseamnă atracţia deosebită a unor psihopaţi faţă de îmbrăcămintea din stofă a persoanelor iubite. Practic este o formă de fetişism extracorporal, cu fixare pe un anume fel de vestimentaţie (haine de stofă) pe care, uneori, bolnavii o obţin prin tăiere. Termenul a fost propus de Clérambault. (4)

HEIDENHAIN, SINDROMUL LUI. A fost descris de Moor şi constă dintr-o stare demenţială progresivă însoţită de cecitate corticală şi de semne extrapiramidale. (7)

HELIOFILIE. Preocupare dominantă faţă de puterea soarelui, care exercită o acţiune fascinantă asupra persoanei. H. apare în stări neurotice, la psihopaţi, oligofreni, epileptici etc. (7)

Scanned with CamScanner

HELIOFOBIE. v. FOBIE

HELLER, DEMENȚA LUI. Heller a descris (1909) o psihoză infantilă gravă, cu debut în jurul vîrstei de 3 ani, sub formă de agitații tranzitorii, onirism, anxietate. Treptat se instalează regresia limbajului, apoi un sindrom afazic, izolat de De Sanctis, și uneori precedat de un episod febril. Etiopatogenie obscurată, terapie simptomatică, prognostic foarte rezervat. (7)

HEMATOFOBIE. v. FOBIE

HEMIANOPSICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

HEMIMIE. Tulburare unilaterală a mimiei cu o diferență de expresivitate între dreapta și stînga. H. apare în confuzie, schizofrenie, encefalopatie, demență. (7)

HEROINA (diamorphin, diacetilmorfina). Este un derivat al morfinei (ester diacetic) care se prezintă sub formă de sare solubilă în apă. Ea are o acțiune analgezică care se instalează mai rapid și este superioară morfinei (de 4—8 ori). Efectul său euforizant este de asemenea mai intens. Spre deosebire de starea provocată de morfină (introvertire), în cazul H. se produce o stare de excitație euforică. H. deprimă mult mai intens decît morfina centrul respirator, diminuînd ritmul și amplitudinea mișcărilor respiratorii. Ea deprimă de asemenea centrul tusei. H. nu produce însă greață și nici constipație. H. determină rapid toleranță și instalarea toxicomaniei, numită heroinomanie. (v. HEROINOMANIE). La noi în țară utilizarea H. este interzisă prin lege, datorită pericolului heroinomaniei. În mod ilicit, H. este utilizată pentru dopingul cailor de cursă (stimularea SNC, fugă, diminuarea dispneei). (5)

HEROINOMANIE. Intoxicația cronică cu heroină este considerată forma cea mai gravă a farmacodependenței. Cunoscută ca avînd o largă răspîndire în țările din vestul Europei și în SUA, ea a constituit obiectul multor studii și cercetări. *Debut*. Sînt puține și de obicei evitabile cazurile așa-zise „accidentale", în care H. se instalează după indicațiile medicale făcute (din grabă sau ignoranță), în cazul unor algii rebele; cele mai multe cazuri provin din lumea tinerilor, care treptat, din curiozitate sau dintr-o falsă solidaritate de grup, încep să consume droguri ca marihuana și ajung, într-un interval relativ scurt (1—3 ani), la heroină, furnizată la început cu îngăduință și „amiciție" de contrabandiștii de meserie. G. Cohen (1969) menționează între factorii predispozanți: imaturitatea afectivă, instabilitatea, impulsivitatea observată mai ales la tinerii nepreocupați serios pentru o anumită profesiune și care suportă greu eșecurile, fiind în același timp dornici de succese rapide

Scanned with CamScanner

și zgomotoase. *Simptomatologie.* Dependența se instalează într-un timp rapid (în mai puțin de 6 luni) sub aparența „naivă" a consumatorului care este convins că se poate lăsa oricînd. Utilizarea i.v. aduce cu sine o serie de pericole, știută fiind starea precară de igienă personală și lipsa unui interes sau preocupare pentru curățenie. Astfel, pot apare în cadrul grupului de drogați adevărate epidemii de hepatită (epidemii de seringă), endocardite bacteriene, sifilis, malarie. Nu sînt rare nici infecțiile pulmonare, atunci cînd se folosește talc pentru amestecul heroinei. În comparație cu morfinomania aici se instalează deja, din primele săptămîni, o serie de tulburări comportamentale și antisociale, manifestate prin neglijență, dezordine, minciună, dezinteres etc., asociate cu o respirație mai lentă și cu mioză. Proba cea mai sigură a H. o dă apariția fenomenelor de abstinență la 10—12 ore după întreruperea bruscă a drogului. Tulburările cele mai frecvente sînt stare generală rea, slăbiciune, neliniște, algii, transpirații, tremor generalizat, secuse musculare, frisoane. Abstinența durează 24 ore—4 zile, în funcție de vechimea intoxicației. Treptat apare o stare de somnolență, tahicardie, midriază, T.A. crescută, anorexie, vărsături, diaree, care cedează apoi progresiv. În perioada de abstinență, bolnavul este neliniștit, agresiv, el poate deveni violent și comite sinucidere sau crimă, motiv pentru care se recomandă o supraveghere medicală continuă și internare obligatorie. *Tratament.* Schema generală de la farmacodependență (v. FARMACODEPENDENȚA) este întrutotul aplicabilă. Perioada de dezintoxicare progresivă durează 10—14 zile, timp în care se vor folosi o serie de substituți ca și în opiomanie (v. OPIOMANIE). Freedman (1968) recomandă ciclazocina (doze 4—8 mg/zi), considerînd că această substanță ar fi capabilă să blocheze efectul euforizant al heroinei; părerile sînt însă împărțite, știut fiind că, la rîndul ei, ciclazocina are o serie de efecte secundare. În toată perioada terapiei, făcută într-un spital (6 luni—1 an), este necesară o atentă examinare clinică pe aparate, pentru a depista și trata celelalte tulburări sau complicații existente. Pentru mulți autori, clorpromazina și, în general, neurolepticele continuă să rămînă baza terapiei chimice la care se va adăuga psihoterapia, ergoterapia și socioterapia sub toate formele existente și accesibile. La părăsirea spitalului, bolnavul va rămîne sub un control periodic bine organizat, de 2—4 ani. În SUA, Anglia, sînt constituite adevărate asociații de foști toxicomani pentru a îngriji și ajuta bolnavul în lunga

Scanned with CamScanner

sa convalescență și prin aceasta a-l ocroti de recidivele care pot surveni extrem de frecvent. (7)

HERPHONAL. v. TRIMIPRAMINA

HETEROMORFISM. Logre și ulterior Moor au definit H. drept convingerea delirantă a unor bolnavi (isterici, psihopați, psihotici) care cred că sînt alcătuiți cu totul diferit (somatic și psihic) decît semenii lor. (7)

HEXAPON. v. OPIU.

HEXOBARBITAL (hexobarbital sodic, Evipan Natrium(R)) este un narcotic i.v. din clasa barbituricelor (subclasa barbituricelor cu durată foarte scurtă de acțiune). Narcoza se instalează foarte rapid; totuși ea este precedată de o scurtă fază de excitație care constă în special în tremor și mișcări dezordonate. Datorită intensității acestor efecte, H. este astăzi aproape complet părăsit în medicina umană. Narcoza este superficială și de scurtă durată (15—30 minute, în funcție de doza administrată). H. are acțiune sedativo-hipnotică. *Indicații terapeutice.* H. se folosește ca hipnotic de scurtă durată; sub forma de sare sodică se utilizează rar ca narcotic de bază sau pentru efectuarea unor intervenții chirurgicale mici. Efectele secundare sînt în largă măsură comune barbituricelor (v. BARBITURICE). În calitate de narcotic i.v., pe lîngă starea de excitație deja semnalată, mai poate produce apnee, spasme laringiene, faringiene și bronșice, o scădere ușoară a presiunii arteriale și aritmii cardiace. *Preparate. Posologie.* Ca hipnotic se utilizează doza de 250 mg, ca narcotic (preparatul Evipam Natrium) se utilizează o soluție de 10%, obținută prin solvarea în ser fiziologic a fiolei ce conține 1 g substanță uscată. Se injectează 2—4 ml și apoi cîte 1 ml, tot la 10 secunde. Doza maximă la adult este de 10 ml, la copii, 10—15 mg/kg. (1)

HIALOFAGIE. Perversiune a conduitei alimentare, în sensul că bolnavul mănîncă sticlă. H. poate surveni în oligofrenii grave, schizofrenie, stări demențiale. (7)

HIDANTOINA. v. DIFENILHIDANTOINA.

HIDROCEFALIE. Acumulare de LCR în cutia craniană datorită unui proces de hipersecreție a plexurilor coroide sau unei tulburări de resorbție. H. poate fi internă, cînd LCR se acumulează în ventriculii cerebrali, dilatîndu-i și comprimînd zonele învecinate, sau externă, atunci cînd LCR se acumulează în exces în spațiul subarahnoidian. În ambele împrejurări, creșterea volumului de LCR duce la creșterea presiunii intracraniene, cu comprimarea substanței nervoase și atrofierea ei. În cazul

Scanned with CamScanner

cînd H. este congenitală, expresie a unor suferinţe fetale (embriopatii infecţioase, malformaţii, atrezia apeductului lui Sylvius) sau cînd apare în primii ani de viaţă, înaintea sudării oaselor craniene, craniul, are un aspect caracteristic, mărit de volum, cu suturi dehiscente; cînd H. apare la o vîrstă mai înaintată, craniul nu-şi mai modifică forma. H. se poate pune în evidenţă prin PEG. H. la vîrste mici, prin compresiunile masei cerebrale pe care le produce, împiedică dezvoltarea normală a intelectului, realizînd oligofrenii de diferite grade. La adult, H. internă este de multe ori secundară atrofiilor cerebrale (corticale şi subcorticale) din sindroamele demenţiale. (2)

HIDRODIPSOMANIE. Cerinţă imperioasă, paroxistică de a bea apă. H. apare în stări anxioase, reacţii neurotice, psihopatii decompensate etc. (7)

HIDROMANIE. Manifestare de tip impulsiv caracterizată prin dorinţa imperioasă de a se arunca în apă. Preocuparea excesivă legată de apă după alţi autori. H. se întîlneşte în stări depresive, neuroze de tip isteric, stări confuzo-onirice, farmacodependenţe etc. (7)

HIDROFOBIE. v. FOBIE.

HIDROMORFONA (Dihidromorfinon, Hidromorfon(+), Dilauden(R), Dilaudid(R)). Este un derivat semisintetic al morfinei (cetonă dehidrogenată a morfinei) avînd acţiune analgezică mai intensă decît aceasta (de cca 5 ori). Efectele sale se instalează rapid, devin maxime la 90 minute (după injecţia s.c.), avînd o durată de 2—3 ore (mai scurtă decît în cazul morfinei). Analgezia se datoreşte creşterii pragului percepţiei dureroase (somatică şi viscerală) şi modificării reacţiei afective faţă de durere. H. nu diminuă motilitatea atît de intens ca şi morfina; de asemenea deprimarea centrului respirator este mai redusă, decît în cazul morfinei. Are acţiune calmantă asupra centrului tusei. H. ca şi morfina are acţiune spasmogenă asupra musculaturii netede (tub digestiv, uretere, detrusorul vezicii urinare, sfinctere). Această acţiune poate fi redusă sau antagonizată prin atropină. *Indicaţii.* H. se utilizează în cazul durerilor care nu pot fi tratate prin alte mijloace terapeutice, în neoplasme, în caz de arsuri, traumatisme, fracturi, colici grave (renală, ureterală, mai puţin cea biliară), edem pulmonar acut cardiogen, infarct miocardic, infarct pulmonar, dureri tabetice, prenarcoză, dureri postoperatorii. Efectele secundare determinate de H., se aseamănă cu cele ale morfinei; este euforizantă; efectul emetizant şi constipant sînt însă mai reduse. Nu deter-

Scanned with CamScanner

mină mioză. Produce dependență, dar aceasta se dezvoltă mult mai lent decît în cazul morfinei. H. poate produce tremurături. *Contraindicațiile.* H. sînt constituite de stările comatoase, traumatismele cranio-cerebrale, insuficiențe respiratorii, insuficiență hepatică și renală, abdomen acut, stări congestive pulmonare, stază bronșică, șoc decompensat, insuficiență circulatorie. Nu se administrează la copii sub 10 ani. *Preparate. Posologie.* Hidromorfon(+), fiole, conține 2 mg/ml H. sub formă de clorhidrat. Se administrează 1—4 mg pe zi s.c. Doza maximă pentru o dată este de 2 mg, iar pe zi 8 mg (FR. IX). Hidromorfon-atropin(+) conține în plus 0,3 mg atropină sulfurică pe fiole (1 ml). Datorită atropinei nu se produce efectul spasmogen al hidromorfonului. Combinația este eficace mai ales în colici. Poate determina în plus efecte secundare M-colinolitice. Nu se utilizează în caz de glaucom și în cazurile în care sînt contraindicate cele două componente. Se administrează 1—2 fiole pe zi s.c. sau i.m. Preoperator se utilizează cu 30—45 minute înaintea intervenției. Hidromorfon-scopolamină(+) conține în afară de hidromorfon, 0,3 mg scopolamină clorhidrică pe fiolă (1 ml). Scopolamina potențează acțiunile centrale ale hidromorfonului favorizînd instalarea somnului. Asocierea scopolaminei antagonizează parțial efectul emetizant și constipant al hidromorfonului și de asemenea reduce incidența tremurăturilor. Combinația se utilizează în prenarcoză, agitație psihomotorie, delirium tremens, manie, PGP, precum și în alte cazuri unde este indicat H. (v. H. indicații). Această asociere este contraindicată la copii, în HTA, în glaucom și în cazurile în care sînt contraindicate H și scopolamina. Posologia variază după necesitate între 1—2 fiole pe zi, s.c. Preoperator se injectează o fiolă cu 30—45 minute înaintea intervenției. Prescrierea H. intră în prevederile legislației referitoare la stupefiante. (5)

HIDROXIZINA (Hidroxizin(+), Atarax(R), Vistaril(R)). Este un tranchilizant derivat de difenilmetan cu acțiune anxiolitică moderată și cu proprietăți antipsihotice reduse. În afara efectelor psihotrope posedă acțiuni M-colinolitice, adrenolitice, antihistaminice și antiserotoninice. Antagonizează acțiunea vomitivă a apomorfinei (fiind un antiemetic prin mecanism central). De asemenea mai este înzestrată cu proprietăți antispastice, antisecretorii moderate și o ușoară acțiune de tip chinidinic. H. nu deprimă funcțiile corticale; acțiunea sa tranchilizantă realizîndu-se prin deprimarea unor zone subcorticale (formația reticulară). H. se absoarbe bine din tubul digestiv,

Scanned with CamScanner

acțiunile sale încep rapid după 15—30 minuate și pot dura 6—8 ore. Nu modifică starea de veghe. H. este indicată în stări de tensiune psihică, anxietate, tulburări emoționale, tulburări ale dinamicii somnului, neuroze însoțite de tulburări neurovegetative și acuze cenestopate, psihastenie, tulburări de comportament, alcoolism cronic, depresii reactive. Se mai poate utiliza în ulcer gastroduodenal, colită spastică, hipertensiune arterială, aritmie extrasistolică, boli alergice, în prenarcoză, postoperator și ca antivomitiv. Deși este un medicament cu toxicitate redusă poate determina — după utilizare îndelungată în doze mari — somnolență, sau, dimpotrivă, insomnie, fenomene de tip atropinic, hipotensiune arterială, reacții alergice, cefalee, convulsii la epileptici. H. este contraindicată la gravide, la bolnavii tratați cu IMAO, la cei care prezintă alergie la acest medicament. În timpul administrării sale se va ține seama de faptul că potențează medicamentele care deprimă SNC (narcotice, hipnotice, analgezice narcotice). De asemenea potențează acțiunea anticoagulantelor de tip cumarinic. Este interzis consumul alcoolului pe durata tratamentului (efect aditiv). H. nu se administrează ambulator la persoanele cu profesiuni care reclamă concentrarea atenției și o promptitudine a acțiunilor reflexe (conducători de vehicule, dispeceri etc). *Preparate. Posologie.* Comprimatele Hidroxizin(+) conțin 25 mg substanță activă, iar fiolele 100 mg (2 ml). Se administrează 25—100 mg pe zi, fracționat, per os, i.m. (injecțiile sînt dureroase) sau foarte lent i.v. Forma parenterală se utilizează rar, la începutul tratamentului, după care se trece la administrare per os a medicamentului. Vistaril(R) — pamoat de hidroxizină, capsule, și Vistaril(R) — clorhidrat, fiole (25 și 50 mg/ml) pentru injecții i.m. sînt preparate asemănătoare H. (5)

HIEROFOBIE. v. FOBIE

HIDROFOBIE. v. FOBIE

HILOFOBIE. v. FOBIE

HIPENGIOFOBIE. v. FOBIE

HIPER. Cuvintele compuse cu acest prefix arată o exagerare, o accelerare, o creștere peste obișnuit. (7)

HIPERALGOTIMIE. Afectivitate exagerată (mai ales dispoziția) cauzată de o durere oarecare. H. apare la senzitivi, anxioși sau isterici. (7)

HIPERBULIE. Reprezintă o exagerare a activității voluntare. Ea se caracterizează prin iuțeala cu care se trece de la idee la acțiune. H. se întîlnește în stările de excitație psihomotorie, stările delirante paranoide, în unele farmacodependențe. (2)

Scanned with CamScanner

HIPEREMOTIVITATE. Tulburare afectivă care constă în predispoziția unor persoane de a reacționa emotiv intens și disproporționat la evenimentele curente. Orice schimbare este puternic resimțită de subiectul H.; o excitație minimă poate provoca reacții afective puternice și neadecvate (frică, veselie). Dupré, discutînd rolul terenului, a încercat să contureze o constituție hiperemotivă. H. se vădește mai ales în stări de alertă, de stress, după traumatisme psihice, eșec etc. (3)

HIPERENDOFAZIE. Termen propus de Séglas pentru a defini exprimarea gîndirii interioare conștiente sub formă de cuvinte cu un timbru și o rezonanță particulară (Marchais). H. apare în psihastenie, isterie, schizofrenie etc. (7)

HIPERESTEZIE SENZORIALĂ. Este o stare particulară de sensibilitate crescută a organelor de simț care, prin scăderea pragului senzorial, înregistrează stimuli de intensitate mică, subliminali (nepercepuți în mod obișnuit). H.S. se întîlnește în stările de excitație psihomotorie, în unele forme de neuroze și în cadrul farmacodependenței. Stimulii normali, fiind percepuți ca stimuli supraliminali, irită bolnavul și îl deranjează, mai ales atunci cînd H. se însoțește și de tulburări de conștiință, cum este cazul în stările confuzive sau în unele stări oniriice. (2)

HIPERFAGIE, sin și v. BULIMIE

HIPERKINETIC, SINDROM. Descris de N. Dopshie (1968) se observă la copii și se caracterizează printr-o desfășurare drastică de mișcări. Din acest sindrom mai fac parte după unii autori crizele impulsive și chiar clastomania (v. CLASTOMANIE). După Knobell se poate deosebi un sindrom H. organic, care apare la encefalopați și se manifestă prin mișcări dezordonate însoțite de tremurături, simptome coreo-atetozice, impulsivitate și modificări EEG, și un sindrom H. psihogenetic, care apare la copii sensibili după un puternic stress psihic, dar este lipsit de semne care traduc o leziune a SNC. (7)

HIPERMIMIE. Modificare a expresivității și motilității mimicii, în sensul exagerării sale. Boala psihică în care acest semn este cel mai pregnant și frecvent întîlnit este mania, în care apare, în consens cu starea de excitație generală, traducînd în special modificarea afectivă, euforia bolnavilor. Fața maniacalilor exprimă veselie și optimism, este mobilă, vie, ochii vioi și sclipitori. H. mai poate fi observată în intoxicațiile acute din cadrul farmacodependențelor. (3)

HIPERMNEZIE. Tulburare de memorie caracterizată prin exagerarea unor trăsături proprii engramării. H. se manifestă

Scanned with CamScanner

printr-o fixare și evocare rapidă, dar evident mai superficială, inegală și dezordonată. Sub forma sa globală H. apare în stările maniacale și în prima perioadă de acțiune a amfetaminelor. H. parțială selectivă însoțește delirele paranoide: bolnavii reține detalii multe și inutile, care capătă semnificație prin tema delirului, pe care se brodează. (7)

HIPERMOBILITATE. Exagerarea întregului sistem de exprimare psihomotorie; gesturi multe, bogate, adeseori supradimensionate. H. apare în stări de emotivitate crescută, stress, după consum abuziv de cafea, de amfetamine etc. (7)

HIPEROREXIE, sin. și v. BULIMIE

HIPERPATIE. Se caracterizează printr-o durere violentă, penibilă, care apare ori de cîte ori unul sau altul din aparatele senzoriale sînt solicitate. H. apare cu precădere în sindromul talamic. (7)

HIPERPROSEXIE. Exagerarea atenției caracterizată prin hipervigilență (observă tot ceea ce este nou în ambianță) și hipotenacitate (scade capacitatea de a se concentra timp mai îndelungat asupra unei teme, acțiuni). H. se întîlnește în sindroamele maniacale, unde bolnavii se simt de-a dreptul invadați de tot ce este în jurul lor, nu mai pot selecta stimulii și nici dirija nuanțat răspunsurile, reacționînd fără alegere. În delirele paranoide, H. îmbracă o formă polarizantă, particulară vehiculată de convingerea omniprezenței presupușilor dușmani care îl urmăresc, îl spionează etc; paranoidul este astfel foarte atent la toate detaliile din preajma sa care capătă o altă semnificație, decît pentru omul normal. (7, 2)

HIPERSEXUALITATE. Exagerarea globală a activității sexuale. H. se observă în neuroze, psihopatii, faza de debut a schizofreniei, manie, debilitate mintală. (7)

HIPERSINTONIE. Persoane care se simt extrem de repede și de bine la largul lor în orice mediu, găsind ușor modul adecvat de a se comporta și a deveni agreabili. H. apare în cadrul sindromului hipomaniacal și la extroverți. (7)

HIPERSOMNIA. Este definită ca un somn patologic, care, după L. Popoviciu (1972), trebuie luat în considerare atît sub aspect cantitativ (durată, manifestare continuă sau în crize), cît și calitativ (procentajul diferitelor stadii de somn, organizarea în cicli, reactivitatea clinică și electrică), ce poate avea un caracter simptomatic într-o gamă etiologică diversă sau un caracter funcțional, care corespunde în general cadrului narcolepsiilor. H. reprezintă o problemă complexă, dacă luăm în considerare necesitatea definirii raporturilor dintre H. simptoma-

Scanned with CamScanner

tică şi comă, cît şi alte stări (sincopă, narcoză, absenţe epileptice, hipnoză). Ca intensitate, H. simptomatice se etalează de la starea de somnolenţă pînă la starea de letargie, existînd o variată gamă intermediară (v. şi NARCOLEPSIA). (6)

HIPERSTENIE. În cadrul neurasteniei a fost descrisă H. ca o formă clinică, sau o etapă, caracterizată mai ales prin nelinişte, iritabilitate, irascibilitate şi insomnie. (7)

HIPERTELORISM. Formă clinică particulară, aparţinînd oligofreniilor şi caracterizată prin debilitate mintală, retinită pigmentară, brahicefalie şi o vădită întîrziere în întreaga dezvoltare somatică. (7)

HIPERTENSIUNE INTRACRANIANĂ. Sindrom cu etiopatogenie complexă, avînd la bază o creştere patologică a presiunii intracraniene, exprimată clinic printr-o triadă simptomatologică majoră, reprezentată de cefalee, vărsături, stază papilară. Tabloul clinic se completează cu semne neurologice, crize convulsive, tulburări neurovegetative şi tulburări psihice. Complicaţia cea mai gravă este reprezentată de herniile parenchimatoase intracraniene (angajare). Sindromul se instalează fie în eventualitatea existenţei unui proces tumoral în spaţiu cranian, fie în cursul unor boli, ORL, endocrine, neurologice etc. (6)

HIPERTIMIE. Este caracterizată prin intensificarea tonusului afectiv, a dispoziţiei. Raportul cunoaştere/afectivitate se inversează, afectivitatea devenind prevalentă. H. poate fi polarizată pozitiv sau negativ. Astfel H. pozitivă se referă la exagerarea dispoziţiei cu trăirea la polul plăcut, al veseliei şi bunei dispoziţii, îmbrăcînd forma euforiei, moriei sau extazului. H. negativă cuprinde creşterea intensă a trăirilor afective neplăcute, de mare tristeţe, întîlnite mai ales în sindroamele depresive. Ca forme aparte de H. negativă se aminteşte anxietatea, angoasa (v. ANXIETATE, şi ANGOASA) şi anestezia psihică dureroasă (v. ANESTEZIE AFECTIVĂ). H. dureroasă este tot o formă de H. negativă în cadrul căreia apare o subapreciere a propriei valori însoţită de inhibiţie psihomotorie şi o stare generală proastă (un adevărat rău fizic după Marchais). H. dureroasă apare în depresiile melancoliforme. (3)

HIPNO = somn

HIPNAGOGE. v. HIPNOTICE

HIPNAGOGIC. În raport cu dinamica stadiilor somnului nocturn, manifestările care se produc în timpul adormirii se numesc hipnagogice. Din acest punct de vedere, pe lîngă unele

Scanned with CamScanner

simptome de ordin motor, manifestările psihice constau din iluzii şi halucinaţii sau reveriile H. (6)

HIPNALGIE. Durere survenită în cursul somnului, care poate trezi bolnavul într-o stare neplăcută. H. se întîlneşte la anxioşi, după stări tensionale, în depresii etc. (7)

HIPNOANALIZA. Metodă de tratament care combină hipnoza cu psihoterapia analitică de profunzime (Linder). Practic se încearcă analiza relaţiei hipnotice prin prisma informaţiilor furnizate de psihoterapia analitică. Tratamentul începe prin şedinţe de hipnoză, care treptat sînt completate cu şedinţe de psihoterapie, pentru ca în final, hipnoza să fie total înlocuită cu psihoterapia. Această metodă este recomandată mai ales în tratamentul psihopatiilor. (4)

HIPNOBATISM, sin. şi v. SOMNAMBULISM

HIPNOCATARZIS, sin. NARCOSINTEZA. Folosirea catarzisului în decursul terapiei prin hipnoză. H. este una din tehnicele favorite pentru psihoterapiile scurte şi pentru cazurile în care abordarea conflictelor în mod deschis ar fi prea traumatizată. (7)

HIPNODRAMA. Asocierea psihodramei lui Moreno cu hipnoza. (7)

HIPNOFOBIE. v. FOBIE

HIPNOGAL (tricloretilfosfat monosodic). Este un hipnotic şi sedativ nebarbituric. În organism se transformă în tricloretanol, care este metabolitul activ al clorhidratului. Sarea de fosfat monosodic are numai rolul de transport. După administrarea per os a H. la 15—30 de minute apare somnolenţă, iar la o oră începe somnul care durează 5—8 ore. Reacţiile adverse sînt similare cu cele ale cloralhidratului (v. CLORALHIDRAT) dar mai atenuate. În general, toleranţa digestivă este mai bună (probabil datorită prezenţei fosfatului monosodic). Preparatul Hipnogal se prezintă sub formă de sirop 10%. În calitate de sedativ se ia de obicei o linguriţă (circa 500 mg), ca hipnotic, 4—8 linguriţe (2—4 g). (1)

HIPNOID. Stare particulară de conştiinţă cu diminuarea însemnată a perioadei de veghe; răspunsurile la excitanţi sînt imprecise, lente, disproporţionate. H. apare în farmacodependenţe, cerebrastenie etc. (7)

HIPNOLEPSIE. În cadrul narcolepsiei apare o somnolenţă episodică denumită H. (V. Predescu). (7)

HIPNOLOGIE. Ramură a ştiinţelor biologice şi medicale care se ocupă cu cercetarea somnului şi a particularităţilor sale. (7)

Scanned with CamScanner

HIPNOMANIE. v. OBSESIE

HIPNONARCOZĂ. Este de fapt o hipnoanalgezie, astăzi folosită în obstetrică (naştere fără dureri) şi chirurgie, în intervenţii operatorii diferite (gușă etc.). H. este utilizată şi pentru combaterea algiilor de diferite origini, inclusiv în neoplasme extinse. Se subliniază că în algii, ea trebuie folosită cu mult discernămînt şi numai după precizarea diagnosticului. În caz contrar, H. poate masca (un timp adesea preţios) evoluţia bolii, compromiţînd şansele reale de vindecare. (4)

HIPNOPĖDIE. Piéron a descris-o ca o metodă specială pedagogică în care un rol important îl deţin sugestiile făcute în timpul somnului. (7)

HIPNOPOMPIC. În raport cu dinamica stadiilor somnului, manifestările care se produc în momentul trezirii se numesc H. (6)

HIPNOPOMPICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

HIPNOPSIHOTERAPIE. Metodă terapeutică prezentată de I. F. Miakov şi caracterizată prin folosirea concomitentă a hipnozei şi a discuţiilor pentru a rezolva conflictele care au generat tulburările neurotice. Se recomandă mai ales în tulburările de tip isteric, în cazurile în care, în special la început, apar greutăţi mari în stabilirea relaţiei medic-bolnav. (7)

HIPNOTERAPIE. Toate procedeele psihoterapeutice care folosesc hipnoza, sub o formă sau alta. (7)

HIPNOTICE (somnifere, soporifice, hipnagoge). Clasă de medicamente care favorizează producerea somnului. În doze mici, H. au efecte sedative, iar în doze mari devin narcotice. Acţiunea hipnotică se datoreşte blocării transmiterii impulsiunilor prin sistemul reticulat activator ascendent; toate H. (cu excepţia 4-hidroxibutiratului de sodiu) modifică proporţiile normale între somnul ortodox şi cel paradox, în sensul că se măreşte durata somnului ortodox în dauna celui paradox. Din punct de vedere chimic, H. se clasifică în: a) barbiturice, cele mai utilizate (v. BARBITURICE) şi b) nebarbiturice. *Indicaţii terapeutice.* Principala indicaţie este reprezentată de insomnia provocată din diverse motive. Dacă inducţia somnului este perturbată, se preferă administrarea hipnoticelor cu durată scurtă sau medie de acţiune. Dacă adormirea se face normal, dar bolnavul se trezeşte prea repede, se folosesc hipnotice cu durată lungă de acţiune. În cazul în care atît inducţia cît şi durata somnului sînt nesatisfăcătoare, se folosesc combinaţii de hipnotice cu durată medie (sau scurtă) şi hipnotice cu durată lungă de acţiune. O altă indicaţie a H. o constituie întrebuinţa-

Scanned with CamScanner

rea în calitate de sedative. *Efecte secundare.* În unele cazuri după trezire, poate apare somnolență, vertij, buimăceală. Tratamentele prea îndelungate cît și consumul abuziv de H. pot determina farmacodependență. (1)

HIPNOZA. Stare de somn particulară, provocată cu ajutorul sugestiei. Pentru producerea H. există tehnici variate. Obișnuit, bolnavul este culcat într-o cameră liniștită, ferită de zgomote, în condiții de luminozitate mai redusă. Medicul, plasat lîngă bolnav, sugerează acestuia cu o voce caldă, monotonă, elementele ce caracterizează somnul (starea de liniște, toropire, greutatea pleoapelor, senzație tot mai mare de somnolență etc). Vocea trebuie să fie egală și — după natura tehnicii — însoțită de netezirea discretă a frunții; fixarea de către bolnav a unui obiect strălucitor, bătăile unui metronom etc. Concomitent, se va sugera bolnavului încredere în vindecare, în propriile lui forțe etc. Trezirea se face tot prin sugestie: i se spune bolnavului că după ce se va număra pînă la 3 se va trezi. Mulți psihiatri continuă tratamentul sugestiv și după starea hipnotică (după trezire). Această metodă este cunoscută și sub numele de sugestie posthipnotică. În H. se obțin trei stadii de somn: a). Starea de somn în care bolnavul menține legătura cu medicul prin analizatorul auditiv; b). Starea cataleptică, în care se poate imprima mușchilor diferite poziții (mobilitate ceroasă) și unde pot apare și halucinații (tot prin sugestie); c). Stadiul somnambulismului, cînd sînt posibile unele mișcări automate (mers, convorbire etc). În practică se folosește stadiul prim în care sugestia reușește să corecteze și să vindece în mare măsură simptomele neurotice. Bune rezultate se obțin cu H. și în toxicomanii (tabagism, alcoolism), în perversiunile sexuale și în tulburările de dinamică sexuală (frigiditate, inhibiții sexuale etc). H. este utilă în anumite situații, pentru precizarea diagnosticului, precum și în expertize (de ex. în diferențierea unei paralizii isterice de una organică etc). H. poate fi realizată concomitent asupra unui grup de persoane: este vorba de H. colectivă, cînd într-o încăpere, mai mulți bolnavi sînt hipnotizați de medic, care se adresează grupului. Dealtfel cazuri de H. colectivă se întîlnesc și în situații extramedicale, la unele secte religioase (dervișii, aissoua etc). Starea H. se obține în aceste cazuri prin practici ritual-magice, în care muzica ritmată și monotonă, împreună cu dansul, joacă un rol important. Practicele hipnotice sînt cunoscute de multă vreme; ele se pot produce și la animale. H. este astăzi mai răspîndită în S.U.A., U.R.S.S., Anglia și America de Sud. Psihanaliza s-a

Scanned with CamScanner

inspirat din H. şi i-a dat o mare importanţă (Gremann, Knight, Gill, Margolin etc.). Fiziopatologic, şcoala pavloviană consideră H. ca inhibiţie corticală parţială, în care sînt conservate unele zone sub formă de puncte vigile (somnul şi H. sînt manifestări ale iradierii inhibiţiei). Prin aceste puncte vigile, subiectul hipnotizat păstrează legătura cu mediul ambiant conform principiului dominantei lui Uhtomski. H. ca metodă de tratament trebuie aplicată de medic în cazurile bine indicate. Se va evita, acolo unde declanşează reacţii isterice majore, în stările delirante (pe care le poate agrava) şi la necooperanţi sau subiecţi ostili metodei (adesea din cauza fricii că i se ghicesc gîndurile etc.), ceea ce reflectă o falsă imagine asupra metodei, adesea asociată cu concepţii mistice, fanteziste despre H. De asemenea se va evita H. la subiecţii obişnuiţi cu ea (hipnomani). Cele mai cunoscute tehnici de H. după Marchais sînt *H. activă,* fracţionată, tip Kretschmer, o metodă particulară de psihoterapie în care H. este combinată cu autoconcentrarea; *H. de grup,* folosită cu predilecţie în terapia alcoolismului cronic (Strelciuc); *H. prelungită;* durata H. este menţinută mai multe ore sau chiar mai multe zile. (4)

HIPO. Prefix care se foloseşte pentru a arăta o scădere, o diminuare, o încetinire. (7)

HIPOBULIE. Denumire propusă de Kraepelin prin care se înţelege o diminuare globală a funcţiilor conative şi se întîlneşte în multe afecţiuni psihice. Dintre acestea se menţionează în primul rînd stările de inhibiţie psihomotorie, cum sînt stările depresive; H. se mai întîlneşte în unele forme ale schizofreniei (simplă, catatonică), în neuroze (depresivă, obsesivo-fobică), în psihastenie. Se mai vorbeşte de H. în sensul scăderii patologice a voinţei şi în farmacodependenţe, dar numai în ce priveşte intenţia bolnavului de a se abţine de la utilizarea toxicului. (2)

HIPOCONDRIE. Stare psihică patologică bazată pe ferma convingere a bolnavului că suferă de o boală gravă, incurabilă. De aici grija exagerată pentru propria sănătate, repetate controale medicale, tratamente etc. În majoritatea cazurilor, H. este determinată de tulburările sferei cenestezice, la personalităţi vulnerabile psihic (emotivi, anxioşi, deprimaţi). H. se întîlneşte în neuroze, climax, depresie etc. (4)

HIPOCONDRIAC, SINDROM. Sindromul H. se caracterizează prin multiple şi diverse tulburări cenestezice, care domină tabloul clinic. Bolnavul crede că organele interne (inimă, plămîni, intestine) funcţionează prost, sînt lezate, distruse chiar.

Scanned with CamScanner

Are senzații neplăcute în corp: furnicături, înțepături, dureri, distorsiuni etc. În unele cazuri (melancolie cronică), hipocondria este însoțită de ideea de negație a organelor și de enormitate (v. COTARD, SINDROM). Alteori, senzațiile cenestopatice sînt interpretate ca acțiuni ale unor dușmani, care atentează la sănătatea bolnavului, „infectîndu-l" cu microbii unor boli necunoscute, electrocutîndu-l, tulburîndu-i digestia etc. (ex. în schizofrenie). Delirul H. apare în schizofrenie, parafrenie, psihoza maniaco-depresivă, oligofrenie. Poate exista, după unii autori, delir H., fără tulburări cenestopatice"; domină ideea H. de „boală", față de care bolnavul se comportă ca atare, considerînd-o reală. (4)

HIPOCONDRIAC, DELIR. v. DELIR

HIPOESTEZIE SENZORIALĂ. Scăderea patologică a perceperii stimulilor exteriori, datorită ridicării pragului senzorial. H.S. se întîlnește în stările de inhibiție psihomotorie (depresii, melancolii), în confuziile mintale, farmacodependență, în stările stuporoase etc. H.S. de intensitate mai redusă, se poate întîlni cu caracter tranzitoriu și în condiții normale, cum este cazul în surmenajul accentuat. (2)

HIPOFRENIE. Acest termen semnifică o scădere a tonusului psihic. Astăzi puțin întrebuințat, se mai utilizează uneori în sens impropriu pentru a desemna o stare de nedezvoltare intelectuală (oligofrenie). (2)

HIPOKINEZIE. Lentoare, încetineală psihomotorie, observată la mers, scris, gesturi, mimică, limbaj. H. apare în depresie, intoxicații cronice, demențe. (7)

HIPOMANIE. Formă clinică a maniei (v. PSIHOZA MANIACAL-DEPRESIVĂ) denumită și manie mică. Cele trei caracteristici (buna dispoziție, fuga de idei și hiperactivitatea) sînt prezente, dar de intensitate atenuată. Bolnavul este hiperactiv, vesel, dezordonat, nu-și duce planurile la bun sfîrșit, este vindicativ, sarcastic, nu suportă critica, e lipsit de control moral. Nerealizînd starea sa de boală, H. este un bolnav dificil pentru medic și anturaj. Neliniștea continuă (necesitatea de a face mereu ceva) este simptomul cel mai caracteristic. (3)

HIPOMIMIE. Este caracterizată prin scăderea mobilității mimicii, prin lentoare în expresia diverselor sentimente, a trăirilor subiective. H. apare în stări depresive, stări confuzive, encefalite, farmacodependențe etc. (7)

HIPOMNEZIE, sin. DISMNEZIE. Diminuarea, încetinirea funcțiilor mnestice, care are drept urmare o vădită lentoare și inexactitate în vehicularea bagajului mnestic. H. apare în

Scanned with CamScanner

oboseală, surmenaj, stări postconfuzive, depresie, intoxicații, tumori frontale, traumatisme cranio-cerebrale, epilepsii etc. (7)

HIPOPATIE. Scăderea rezonanței emotive. H. apare în schizofrenie, demențe, farmacodependențe etc. (7)

HIPOPROSEXIE. Diminuarea globală a atenției, dar mai ales a componentei sale voluntare. H. se întîlnește în majoritatea bolilor psihice care sînt însoțite de o stare de inhibiție psihomotorie sau de modificări ale stării de conștiință, precum și în oligofrenia de intensitate medie sau gravă. H. mai poate apare și la persoane normale în stările de surmenaj sau epuizare, fiind complet reversibilă în aceste cazuri. (2)

HIPOSERPIL. v. REZERPINA

HIPOSULFIT de NA (Tiosulfat de sodiu). Este un desensibilizant antitoxic și reducător. În calitate de desensibilizant acționează prin efectul coleretic și colagog propriu substanței, cît și prin sulful în stare născîndă care se produce în organism în urma descompunerii sale. Ca antidot el acționează prin aceea că este o sursă de sulfat necesară proceselor de sulfoconjugare și, ca urmare, prin rolul jucat în reacțiile de oxido-reducere ale organismului. H. diminuă fetiditatea sputei, putînd fi folosit în bronșitele putride și în gangrena pulmonară. *Indicații terapeutice.* Se întrebuințează în alergozele cutanate (urticarie, eczeme, toxidermii, eritrodermii, prurit generalizat, neurodermite) și în edem angioneurotic, boala serului. Prin efectul reducător se folosește în intoxicația cu acid cianhidric (după administrarea de nitrit de sodiu). Reprezintă un mijloc adjuvant de tratament în bronșiectazie; în bronșite putride și în gangrena pulmonară. H. de Na se poate utiliza în tratamentul alcoolismului la bolnavii cu afecțiuni somatice, la care cura de dezgust cu apomorfină sau disulfiram este contraindicată. Se utilizează în serii de 10 injecții, administrate i.v. Eficiența sa este mai redusă decît a altor medicamente. *Contraindicații.* În insuficiența renală se recomandă administrarea cu prudență. *Efecte secundare,* disfuncții renale, administrarea paravenoasă poate produce necroze. *Preparate. Posologie.* Preparatul comercial românesc poartă denumirea de Tiosulfat de sodiu. Se găsește sub formă de fiole de 10 ml, care conțin o soluție de 10% sau 20%. Se administrează i.v., foarte lent, sau în perfuzii. Doza uzuală la adulți este 10—20 ml, soluție 10% sau 20%, zilnic sau la 2 zile. În intoxicația cu ac. cianhidric se poate repeta doza la intervale de jumătate de oră pînă la 100 ml soluție 20%. La copii, peste 7 ani, se dau 5 ml soluție

Scanned with CamScanner

10% pe zi. În intoxicația cu ac. cianhidric se administrează pînă la jumătate din doza adultului prescrisă în aceste cazuri. (1)

HIPOSTENIC. Lipsit de energie, de inițiativă, de elan. H. se întîlnește mai ales în neuroze. S-a descris chiar o formă clinică de neurastenie hipostenică. (7)

HIPOTAXIE. O etapă particulară în procesul hipnozei, caracterizată prin aceea că persoana, deși aude ceea ce i se spune, este lipsită de capacitatea de a răspunde psihomotor la solicitări. (7)

HIPOTIMIE. Se poate defini prin antiteză cu hipertimia, ca o scădere a tonusului afectiv. H. s-ar caracteriza prin răspunsuri afective atenuate, care apar mai ales după perioade „consumptive" afectiv, după sentimente puternice, perioade de surmenaj etc. (bolnavi „storși", epuizați). (3)

HIPSARITMIE (EEG). Aspect EEG, reprezentat de un traseu de fond constituit din unde theta și delta ample, cît și vîrf-unde lente de mare amplitudine, repartizate difuz, asimetric și asincron. Reprezintă un aspect bioelectric cerebral, întîlnit în patologia encefalopatică infantilă. (6).

HIPSOFOBIE. v. FOBIE

HIPSOTERAPIE. Utilizarea climatului de altitudine în complexul procedeelor terapeutice. H. este indicată în terapia neurozelor, motiv pentru care majoritatea sanatoriilor din țara noastră au fost amplasate în regiuni muntoase (Predeal, Sinaia, Timiș, Tușnad). (7)

HISTRIONIC. În psihiatrie, termenul se folosește pentru a desemna unul din aspectele considerate esențiale în personalitatea istericului, și anume înclinația sa spre teatralism. Istericul își desfășoară existența într-un teatru creat de el, spune Jaspers. Aceasta implică o mare plasticitate și o identificare masivă, dar de scurtă durată, cu rolul, ceea ce permite schimbarea cu ușurință a „rolurilor", în funcție de auditoriu (Lempériere) (v. și ISTERIE). (2)

HOLOCAMPICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

HOLOTIMIE. Afectivitate elementară, de bază (Marchais). (7)

HOMICID, sin. OMUCIDERE. Prin H. se înțelege crima săvîrșită de un individ asupra unei persoane. Este un delict grav care se pedepsește cu asprime ca și tentativa de omor, conform prevederilor Codului Penal. Pentru psihiatrie, H. are importanță în măsura în care este realizat de bolnavii psihici. Experiența arată că, într-un număr de cazuri, H. este opera fie a unor psihotici (schizofreni, paranoici, epileptici), fie a unor psi-

Scanned with CamScanner

hopați toxicomani, în special alcoolici. În primul caz, H. are o motivație delirant-halucinatorie și nu se reține ca culpă; deci nu se pedepsește. În schimb, bolnavului, după expertiza medico-legală psihiatrică, i se aplică prevederile art. 114 C.P., adică internarea obligatorie într-un spital de psihiatrie cu profil special, pentru tratament și măsuri de siguranță. În al doilea caz, bolnavii sînt considerați responsabili, mai ales etilicii, în lipsa fenomenelor psihotice, și pedepsiți conform legislației. În aprecierea discernămîntului de mare însemnătate, pe lîngă examenul psihiatric, psihologic și eventual paraclinic (unde e cazul), este cercetarea cu atenție a pieselor din dosarul penal, care pot furniza informații prețioase. Circumstanțele în care a fost săvîrșit omorul, mijloacele și modul de realizare (cu cruzime, prin lovituri repetate etc.) oferă elemente importante în înțelegerea și interpretarea H. Omorul calculat și pregătit al paranoicului sau, din contră, omorul aparent bizar, inexplicabil, „impulsiv", al schizofrenului, sau dezlănțuirea oarbă a instinctului agresiv, inclusiv de ucidere, a epilepticului, sînt numai cîteva exemple ce ilustrează caracterele H. la bolnavii psihici. La noi în țară, de această problemă s-a ocupat cu deosebire M. Minovici, Bogdan, Kernbach (legiști), Tomorug, Săvescu și alții (psihiatrii). (5)

HOMILOFOBIE. v. FOBIE

HOMILOPATIE. Kraepelin a cuprins sub această denumire tulburările psihopatologice întîlnite la surzi, la care, din cauza handicapului senzorial, se pot dezvolta o serie de interpretări eronate care ajung pînă la delir (de urmărire, persecuție etc.) (7)

HOMOFONE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

HOMOSEXUALITATE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

HORMEFOBIE. v. FOBIE

HOSPITALISM. Deteriorarea stării psiho-fizice ca urmare a condițiilor de spitalizare prelungită; întîlnit în psihiatria de acum cîteva decenii la bolnavii care erau internați de ani de zile în azile, lipsiți de contact social sănătos și optimizant. În zilele noastre, termenul tinde să persiste mai mult în psihiatria infantilă, unde fenomenul rămîne frecvent, datorită izolării fortuite a unor copii în instituții care îi lipsesc de îngrijirea maternă (case de copii, orfelinate etc). Consecințele privațiunii materne sînt cu atît mai grave cu cît apar la copii mai mici ca vîrstă și sînt cu atît mai greu de influențat pozitiv, cu cît durata „separării" de mamă este mai mare. H. se manifestă, mai ales la copii, prin dezadaptare la mediu, întîrziere în dezvoltarea intelectuală și afectivă, rezistență scăzută la infecții,

Scanned with CamScanner

hipodezvoltare somatică și ponderală. A fost numită, din aceste motive, „carență afectivă infantilă durabilă". La adulți apare dezinteresul, apatia, izolarea și însingurarea alături de accentuarea unor trăsături caracteriale negative, egoism, hipo- sau hipererotism vicios etc. Uneori se accentuează chiar simptomele pentru care bolnavii au fost internați (de ex. autismul, la schizofreni). Astăzi H. este combătut prin eficiența tot mai mare a terapiilor moderne (psihotrope, EȘ etc), care reduc durata spitalizării, cît și prin noile modele de organizare instituțională a asistenței, care din „intramurală" devine tot mai mult „extramurală" (LP, staționare de zi, de noapte, psihiatrie de sector). (4)

HOSPITALOMANIE. Tendința unor neurotici sau oligofreni de a prelungi internarea într-un serviciu cu paturi cu scopul de a evita revenirea într-o ambianță traumatizantă pentru ei, sau pentru a șantaja familia care, în felul acesta, trebuie să se îngrijească într-un mod special de bolnav și să-i rezolve în același timp toate problemele delicate pe care le are. (7)

HYDERGIN (metansulfonat de dihidroergotoxină). Dihidroergotoxina este un amestec de trei compuși: dihidroergonornina, dihidroergocriptina, dihidroergocristina, substanțe înrudite cu alcaloizii corespunzători din Claviceps purpurea. Dihidroergotoxina are exclusiv proprietăți alfa-adrenolitice, cele miotonice dispărînd după dihidrogenare (v. ADRENOLITICE). În cazul H, pe primul plan se situează efectul vasodilatator, în special cel cerebral. *Indicații terapeutice.* Principala indicație o constituie tratamentul spasmelor vasculare cerebrale, mai este indicat în tulburări spastice ale circulației periferice, în sindromul de iritație a simpaticului cervical; în HTA scade presiunea arterială, dar efectul este de scurtă durată. *Efectele secundare* constau în grețuri, vărsături, cefalee, congestia feței, vertij, hipotensiune ortostatică, deprimarea sistemului nervos central. *Preparate. Posologie.* Preparatul comercial Hydergin(R) (sau Hydergine(R)) se găsește sub formă de fiole de 1 ml, care conțin 0,30 mg amestec, în părți egale, de metansulfonat ai compușilor sus-amintiți, și în soluție pentru uz intern 0,1%. Fiolele se dau i.m. și s.c. în doză de 1/2—2 ml pe zi; soluția se administrează 3×10—40 picături pe zi, după mese. În cazuri de iminență de gangrenă a membrelor se injectează i.a. 1—2 ml/zi. (1)

Scanned with CamScanner

ICTUS. Acest termen definește în general o manifestare morbidă cu instalare bruscă, subită; în limbajul medical se utilizează cu precădere în cazul accidentelor vasculare cerebrale cu debut brusc și cu pierderea conștiinței (I. apoplectic) sau, mai rar, în cazul pierderii conștiinței ca urmare a unei emoții intense (I. emotiv). H. Ey diferențiază, în cadrul formelor clinice a epilepsiei, forma icto-comițială, pentru a delimita crizele epileptice primare, generalizate. (6)

IDEE DELIRANTĂ. v. DELIR

IDEE OBSESIVĂ. v. OBSESIE

IDEE PREVALENTĂ. Tulburare de fond a gîndirii caracterizată prin disproporția pe care o are tema respectivă pentru bolnav față de realitatea faptică pe care se bazează (ex. ideea prevalentă despre suferința sa, despre o boală deosebit de gravă etc.). I. P. apare în stări reactive, neuroze, climax, depresie, psihastenie. (7)

IDIOȚIE. Reprezintă forma cea mai gravă a oligofreniilor, Q.I. al acestor bolnavi nedepășind cifra de 20; ea este dealtfel și forma cea mai rar întîlnită, reprezentînd doar 5% din totalul oligofrenilor. Aspectul somatic al idiotului este caracteristic: malformații variate ale craniului, buzelor, urechilor, dinți vicios implantați, macroglosie, facies inexpresiv, privirea rătăcită, nistagmus, strabism. În I. se întîlnesc numeroase tulburări neurologice, cum sînt hemiplegiile și paraplegiile, contracturile spastice de tip extrapiramidal, tulburări de statică și de dinamică, convulsii, tulburări sfincteriene (gatism). Tulburările psihomotorii constau din lipsa de coordonare a mișcărilor care împiedică I. să desfășoare o activitate utilă; deseori apar mișcări de balansare a capului și a întregului corp. Dezvoltarea psihică a I. nu trece de aceea a unui copil de 2—3 ani; este

Scanned with CamScanner

incapabil să-şi însuşească limbajul vorbit sau scris. Vorbirea este numai schiţată, rudimentară, cu grave tulburări de articulaţie şi de fonaţie, vocabularul său reducîndu-se la cîteva cuvinte monosilabice, prin care-şi exprimă satisfacţia, nemulţumirea sau revolta. În formele cele mai grave, limbajul se rezumă la ţipete şi sunete nearticulate. Percepţiile sînt nediferenţiate; nu distinge gusturile, nici senzaţiile tactile, astfel că adesea se zgîrie, se muşcă, se răneşte. Gîndirea rămîne în mare măsură nedezvoltată (lipsind noţiunile). Atenţia este hipoprosexică, memoria slabă şi totdeauna mecanică. Afectivitatea se manifestă doar în formele ei inferioare (dispoziţii, emoţii, afecte); instinctele sînt pervertite (masturbaţie, bulimie, coprofagie) sau diminuate. *Clinic* se disting 2 forme mai bine conturate: a). I. superior cu Q.I. 20 şi vîrstă psihică corespunzătoare unui copil de 2—3 ani. Acesta articulează cîteva cuvinte, se alimentează singur, poate înţelege comenzile simple; b). I. inferior cu Q.I. sub 20, cu vîrstă psihică în jur de 1 an; nu vorbeşte, este gatos, are leziuni neurologice grave. În general, I. trăieşte puţin, rar depăşind vîrsta de 20—30 ani. În formele grave, mortalitatea este precoce, datorită leziunilor neurologice. *Anatomopatologic,* macroscopic, se constată leziuni cerebrale diverse, de tipul ageneziilor corticale, atrofiilor corticale şi subcorticale, dilatării ventriculare, cu hidrocefalie internă, agenezii de corp calos, leziuni cicatriciale etc. Microscopic, se întîlnesc celule embrionare, heterotopie, proliferări gliale. I. nu este în stare să se întreţină singur, avînd nevoie de o asistenţă specială în cămine-spital; social, este socotit nerecuperabil. Pentru aspectele etiologice, terapeutice şi sociale v. OLIGOFRENIE. (2)

IGIENA MINTALĂ. Ramură a igienei generale, vizînd ansamblul de măsuri complexe şi, pe diverse planuri, destinate menţinerii şi ameliorării stării de sănătate mintală, aplicate, în mod organizat şi sistematic, colectivităţii, de către medici, psihologi, educatori, profesori, asistente şi surori de profil. (6)

IHTIOFOBIE. v. FOBIE

ILUZIE. Tulburare a funcţiei perceptive care duce la alterarea însuşirilor obiectului perceput (formă, mărime, culoare, număr, distanţă); I. reprezintă o eroare de integrare, pe care omul sănătos o recunoaşte ca atare şi reuşeşte să realizeze rapid şi prompt corectura de rigoare. Psihologii au demonstrat posibilitatea producerii experimentale a iluziei, prin suprapunerea unui nou pretext perceptiv, peste o veche schemă cunoscută, cu care dealtfel este identificat parţial (Al. Roşca, Tatiana

Scanned with CamScanner

Slama-Cazacu). Iluziile Müller-Lyer, iluziile Wundt, fac parte din această categorie. Bolnavul psihic (mai ales psihoticul) nu mai poate face rectificarea necesară astfel că ajunge să creadă în aceste erori perceptive, pe care, ulterior, poate chiar dezvolta o adevărată tematică delirantă. I. apar în schizofrenie, confuzie mintală, epilepsie, parafrenie, psihoze presenile, alcoolism, farmacodependenţe etc. Formele mai cunoscute şi bine conturate sînt: *I. afectivo-auditive* (H, Ey), care apar în stare de alertă; bolnavul dă amploare şi semnificaţie greşită zgomotelor, şoaptelor etc.; *I. auditive*, toate formele de I. muzicale, verbale etc.; *I. discromatopsie*, I. vizuale manifestate prin tulburări în percepţia adecvată a culorilor; *I. dismegalopsie*, I. vizuale în care obiectele sînt percepute deformat (alungite, turtite etc.); *I. dismorfopsie*, I. vizuale caracterizate prin modificarea formei reale a obiectului perceput; *I. displatopsie*, I. vizuale în care se produce o percepţie bidimensională a spaţiului în loc de o percepere tridimensională; *I. fanteidolii*, I. simple, elementare; *I. fiziologice*, totalitatea I. care apar sau pot fi provocate la un om normal; *I. fosfene*, pete strălucitoare, scîntei; *I. fotopsii*, I. vizuale simple, manifestate prin pete, culori, flăcări, puncte, etc.; *I. genitale*, I. care se localizează în regiunea organelor sexuale externe; *I. gustative*, diverse inadvertenţe faţă de gusturile reale; *I. interoceptive*, sin. viscerale, perceperea eronată a funcţionării unor organe sau aparate (V. Predescu, G. Ionescu, 1976); *I. kinetopsice*, I. de mişcare; *I. macropsie*, I. vizuale caracterizate prin perceperea obiectelor mai mari ca în realitate; *I. metamorfopsii*, I. vizuale în care apar transformări ale dimensiunii şi formei obiectelor percepute; *I. micropsie* (Lhermite), I. vizuale caracterizate prin diminuare, miniaturizarea obiectelor; *I. microtelopsie*, I. vizuale care constau în diminuarea şi în acelaşi timp îndepărtarea obiectelor; *I. mnestice*, sin. false recunoaşteri, déjà vu (v. DÉJÀ VU); *I. multisenzoriale*, sin. polisenzoriale, I. care cuprind simultan mai mulţi analizatori; *I. olfactive*, I. ale mirosului (calitate, intensitate); *I. optice*, sin. vizuale, sînt cele mai frecvente şi se caracterizează printr-o bogată serie de erori survenite în percepţia vizuală a obiectelor (formă, distanţă, culoare, număr etc.); *I. palinopsie* (Bekeny), I. vizuale particulare care constau din perversiunea imaginii postvizuale (o adevărată postimagine); pareidolii, formă complexă a I. vizuale în cadrul cărora persoana poate da diverse semnificaţii unor pete, umbre, nori etc. Contribuţia imaginaţiei permite o prezentare amplă, diversificată; *I. pelopsie*, I. vizuale de plasare mai aproape decît în realitate a obiectelor

Scanned with CamScanner

percepute; *I. plagiopsie,* I. vizuală de eroare în plasarea obiectelor, care sînt aşezate înclinat, oblic; *I. poliopsie,* I. vizuale caracterizate prin apariţia unui număr mai mare de obiecte; acelaşi obiect este văzut dublat, triplat etc.; *I. polisenzoriale,* sin. multisenzoriale (v. I. multisenzoriale); *I. porropsie,* sin. telopsie, formă particulară de I. vizuală, în care obiectul se plasează la o distanţă mai mare, fiind astfel văzut mai departe decît este de fapt; *I. proteidolie* (H. Ey), I. senzoriale elementare; *I. sosiilor,* formă particulară şi patologică a I. vizuale în care bolnavul face false identificări de persoane, pe baza unor asemănări; *I. tactile,* I. ale pipăitului; *I. telopsie,* sin poropsie (v. poropsie); *I. verbale* (Gusikov), bolnavul aude distorsionat cuvintele; *I. viscerale* sin. interoceptive (v. I. interoceptive); *I. vizuale,* sin. I. optice (v. I. optice); *I. vizuale inversate,* obiectul este perceput răsturnat; *I. vizuale plate* sin. diplatopsice (v. displatopsie). (7)

IMAGINAŢIE, DELIR de v. DELIR

IMAO (inhibitori de monoaminooxidază). Monoaminooxidaza (MAO) este un sistem enzimatic care catalizează catabolizarea CA intracelulare şi a serotoninei (5HT). Inhibiţia MAO va duce la acumularea unor cantităţi sporite de CA şi 5HT în toate organele, dar mai ales în SNC şi cord. IMAO, care se utilizează terapeutic, se clasifică în: a). derivaţi de dihidrazine şi hidrazide (ex. izoniazid — de interes exclusiv istoric —, izocarboxiazid (Marplan(R)), fenelzina, nialamidul (Niamid(R)); b). amine (tranilcipromina, pargilina). Principalele lor efecte constau în acţiunea antidepresivă (v. ANTIDEPRESIVE TRICICLICE), hipotensiune arterială, coronarodilataţie. *Indicaţii terapeutice.* Principala indicaţie o constituie psihoza maniaco-depresivă (faza de depresie); ele pot da rezultate şi în cazuri de melancolie de involuţie. Pargilina se utilizează în tratamentul bolii hipertonice. Rezultatele obţinute nu sînt însă pozitiv apreciate de toţi autorii. Uneori poate provoca ameliorări în cazuri de angor pectoris. *Contraindicaţii.* IMAO sînt contraindicate în stările maniacale şi delirante, în insuficienţa hepatică şi renală. Dacă se trece de la un tip de antidepresive (triciclice sau IMAO) la altul, trebuie lăsat un interval liber de cel puţin două săptămîni. *Efectele secundare* sînt numeroase şi unele din ele grave. Din acest motiv, IMAO au trecut pe plan secundar faţă de antidepresivele triciclice, care sînt mai puţin nocive şi în acelaşi timp mai eficiente. Unele reacţii adverse sînt banale şi nu impun neapărat întreruperea tratamentului (uscăciunea gurii, constipaţie). Altele sînt mai serioase (agitaţie psihomoto-

Scanned with CamScanner

rie, insomnie, bulimie, tremor, hiperreflexie, impotență sexuală, hipotensiune arterială). Dacă se consumă alimente bogate în tiramină (caș fermentat, bere, vin de Chianti), concomitent cu un IMAO poate apare un sindrom hipertensiv grav. Complicația cea mai gravă este reprezentată însă de lezarea ficatului (hepatita similară celei virusale, uneori fatală). Din acest motiv, supravegherea funcțiilor hepatice este obligatorie. *Preparate.* Izocarboxid (Marplan(R)), nialamidul (Niamid(R)), fenelzina (Nardil(R)), pargilina (Eutonyl(R)), tranilcipromina (Parnate(R)) etc. *Posologia* variază după preparat: majoritatea se administrează per os, dar se pot administra și parenteral. (1).

IMAP. v. FLUSPIRILEN

IMATURITATE AFECTIVĂ. Caracteristica acestui deficit de dezvoltare armonică a persoanei adulte constă în decalajul persistent între procesele cognitive și afective, în favoarea celor din urmă. Datorită inversării balanței psiho-afective, I.A. duce la o rigiditate psihică, la reacții disproporționate, crize paroxistice. I.A. apare în oligofrenie, encefalopatie, în unele neuroze și chiar în unele psihopatii. (7, 2)

IMBECILITATE. Formă de intensitate medie în cadrul larg al oligofreniilor, caracterizată printr-un deficit intelectual accentuat, care corespunde unui Q.I. cuprins între 30—50. Spre deosebire de debilul mintal, I. este capabil să utilizeze numai limbajul vorbit (și acesta redus) limbajul scris fiindu-i inaccesibil (Rogues de Fursac). Psihic, I. prezintă o insuficientă dezvoltare a funcțiilor cognitive, percepția fiind grosolană și inexactă, iar capacitatea de gîndire redusă, capabilă să opereze numai cu noțiuni elementare și concrete, fără să poată desprinde esențialul sau să cuprindă abstractul. La unii I. se întîlnește o dezvoltare normală sau chiar hipertrofiată a funcției mnestice, dar această hipermnezie compensatorie este mecanică, ea avînd o valoare redusă în dezvoltarea de ansamblu a capacității intelectuale și în adaptarea sa socială. Pe plan instinctivo-afectiv, I. este hipobulic, apatic, indiferent, dar cald și afectuos, mai cu seamă cînd este ocrotit. Deși este capabil să desfășoare unele activități cu grad redus de complexitate și în mare măsură bazate pe stereotipuri, I. este considerat un infirm social care nu poate să se întrețină singur, nici să-și apere propriile interese. Din această cauză, el are nevoie de ocrotire socială (prin tutelă sau în cămin-spital). Datorită sugestibilității crescute și a lipsei de discernămînt, I. nu răspunde penal de acțiunile sale, motiv pentru care, în cazurile de comportamente antisociale se acordă asistență într-o unitate spitalicească de profil.

Scanned with CamScanner

Personalitatea I. este slab conturată, cu deficiențe pe linia cognitivă-conativă, avînd un temperament flegmatic sau, dimpotrivă, coleric. Unii pot prezenta serioase tulburări de comportament și tendințe la acțiuni antisociale dintre care mai frecvente sînt delictele sexuale, incendiile, negativismul. Aspectul somatic al I. este de multe ori caracteristic, cu fruntea teșită, buzele groase, gura întredeschisă, dantura cu implantații vicioase, urechile malformate ș.a. Pentru aspectele etiopatogenetice, profilactice, terapeutice și medico-judiciare v. OLIGOFRENIA. (2)

IMIPRAMINA (Antideprin(+), Depridol(R), Irnizin(R), Melipramine(R), Tofranil(R)) este un antidepresiv triciclic, din grupul dibenzoazepinelor (derivat de iminodibenzil), asemănător structural cu clorpromazina. I. se absoarbe bine în organism unde se transformă în desmetilimipramină (desipramină) forma sa activă (v. DESMETILIMIPRAMINA). I. a fost aplicată în clinică de Kuhn, în 1957. Efectul terapeutic apare după o perioadă de latență de 14—21 zile. I. are efect slab anxiolitic, ea fiind indicată mai ales în depresiile fără anxietate. I. nu influențează tulburările de percepție sau de gîndire, care pot însoți o depresie. În afara însușirilor psihotrope, I. are și proprietăți M-colinolitice importante, dar un efect redus antihistaminic. Manifestă, de asemenea, acțiune antiparkinsoniană, reducînd hipokinezia. Mecanismul de acțiune antidepresivă se explică prin inhibiția recaptării noradrenalinei și a serotoninei libere din SNC la nivelul membranei presinaptice, împiedicîndu-se astfel depozitarea lor. În felul acesta mediatorii menționați se acumulează la nivelul sinapsei și acționează asupra receptorilor postsinaptici într-o concentrație ridicată (Pöldinger, 1975). Efectul antiparkinsonian este o consecință a acțiunii M-colinolitice centrale. I. este *indicată* în depresiile inhibate, în faza depresivă a psihozei maniacodepresive, în depresii neurotice, simptomatice sau reactive, precum și în parkinsonism și enurezis nocturn. I. poate produce *efecte secundare* de tip M-colinolitic (v. COLINOLITICE), precum și somnolență la început, urmată de insomnie, vertij, neliniște, impulsivitate, hipomanie, efecte activatoare asupra EEG, crize convulsive (la epileptici), hipotensiune arterială și tahicardie, sau mai rar oscilații ale tensiunii cu hipertensiune, tulburări de conducere intracardiacă, bloc atrioventricular, leziuni cardiace, tremurături, fenomene extrapiramidale (după doze mari), agranulocitoză, leziuni hepatice, disurie, reacții alergice, hiperhidroză. În cursul tratamentului cu I. la depresivi există riscul suicidului, mai ales în faza

Scanned with CamScanner

în care se produce o ușoară ameliorare a depresiei. I. poate determina virajul dispoziției spre hipomanie, iar uneori poate agrava tabloul depresiei (stări anxios-delirante etc.), fiind necesară asocierea cu neuroleptice (Predescu și colab., 1976). Poate determina creșterea apetitului și îngrășare. Potențează efectele alcoolului, barbituricelor, tranchilizantelor, amfetaminei, atropinei. *Contraindicații.* Stări delirante, intoxicație acută cu alcool sau barbiturice, afecțiuni hepatice, cardiace, renale, epilepsie, glaucom, sarcină, arterioscleroză avansată. Se va evita administrarea I. la hipertiroidieni și în caz de hipertrofie de prostată. Se va utiliza cu prudență la hipertensivi sau la persoanele cu tendință la hipotensiune ortostatică sau colaps, precum și în caz de afecțiuni coronariene. Nu se asociază cu simpaticomimetice, IMAO, colinolitice, guanetidină, preparate tiroidiene sau barbiturice. Între administrarea I. și IMAO se va lăsa un interval liber (14—21 zile), deoarece asocierea sau administrarea lor succesivă poate determina accidente grave urmate de agitație, delir, convulsii tonicoclonice, colaps, comă și chiar moarte. *Preparate. Posologie.* Antideprinul(+) (fiole și drajeuri, care conțin 25 mg imipramină sub formă de clorhidrat). Administrarea se poate face per os sau i.m. Tratamentul începe cu doze reduse (25—75 mg pe zi) care se măresc treptat, în curs de cîteva zile, pînă la 150—200 mg pe zi (maximum 250—300 mg pe zi per os și 150 mg pe zi i.m., FR. IX). La început în spital se poate aplica „schema mixtă", asociind forma orală cu cea parenterală în doze reduse, urmînd creșterea treptată a dozei pînă la doza optimă, la care se poate ajunge în cîteva zile sau o săptămînă. Această doză se menține pînă la apariția efectului terapeutic. După „virajul dispoziției", se administrează cantități descrescînde, doza de întreținere variind între 50—75 mg pe zi, per os, care se aplică timp de cîteva luni, de la caz la caz. Există și alte scheme terapeutice care sînt prezentate la bolile în care se prescrie I. La bătrîni, tratamentul se face per os cu doze reduse (maximum 75 mg pe zi). În neuroze, dozele maxime vor fi cuprinse între 50—125 mg pe zi. Dacă nu se produce nici un efect terapeutic, I. va fi înlocuită după 14—21 zile cu un alt medicament antidepresiv (timoleptic sau timoanaleptic). În cazurile unde apar modificări EEG, care denotă o acțiune iritativă (tendință la hipersincronizare sau unde ascuțite etc.) sau apariția convulsiilor, se recomandă asocierea ei cu levomepromazină (Ciurezu și colab., 1973) sau cu Diazepam. În cazul virajului dispoziției spre o stare hipo-

Scanned with CamScanner

maniacală se vor administra neuroleptice, preferabil de tip incisiv. I. se utilizează numai sub o strictă urmărire a bolnavului. (5)

IMORTALITATE, DELIR DE. v. DELIR

IMPERATIVE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

IMPORTANȚĂ, DELIR DE. v. DELIR

IMPREGNAȚIE NEUROLEPTICĂ, SINDROM DE. Apare în cursul terapiei cu psihotrope. Clinic se manifestă mai ales pe plan psihic, motor și neurovegetativ, avînd un caracter în mare parte reversibil și fiind în strînsă corelație cu toleranța individuală la psihotrope și cu structura chimică a acestora. Fals interpretat inițial, ca un fenomen terapeutic, deoarece în orientarea actuală se vizează obținerea efectelor terapeutice maxime, cu doze care nu induc acest sindrom, atît în tratamentul cu neuroleptice sedative, cît și cu cele incisive. Sindromul poate fi schematizat astfel: *simptomatologie de ordin psihic:* diminuarea dinamo-genezei pînă la indiferență; sindrom depresiv neuroleptic; stare de neliniște și insomnie, denumită de Flügel (citat de Predescu, 1968), stare de „turbulență". P. Deniker arată că se mai pot produce episoade confuzive, onirice, maniacale; *simptomatologie de ordin motor:* sindrom akinetic (inhibiția motorie); sindrom parkinsonian farmacologic (akineto-hiperton; sindrom excitomotor (diskineto-hiperton), localizat în principal la nivelul facio-buco-faringean sau la nivelul trunchiului; sindromul hiperkinetic-hiperton (anomalii de postură sau de mișcare), distonii de torsiune, akatisia, tasikinezia, crize epileptiforme etc. *Simptomatologie de ordin neurovegetativ:* hipotensiune arterială pînă la colaps, hipotermie, tahicardie sau bradicardie, uscăciunea mucoaselor, tulburări de acomodare vizuală etc. Practic aceste trei mari categorii de simptome se pot intrica; există în general o relație dinamică, în sensul că acțiunea în sfera psihică și motorie este precedată de fenomene neurovegetative, dar în funcție de fazele curei neuroleptice. Obținerea efectului terapeutic maxim, fără inducerea simptomelor secundare neuroleptice, ce, uneori, au o desfășurare impresionantă, mai ales din punct de vedere motor, se realizează în primul rînd prin individualizarea posologiei, prin eventuala remaniere a tratamentului în funcție de necesități, iar, în caz de apariție a sindromului, este necesară administrarea unei medicații antiparkinsoniene (dintre care Romparkinul este cel mai accesibil), asocierea cu alte neuroleptice sau barbiturice (oral sau intravenos, concordant cu tabloul clinic), în funcție de neurolepticul administrat. Astăzi, marea majoritate a

Scanned with CamScanner

autorilor consideră că nu este necesară administrarea unei medicații profilactice de tip antiparkinsonian în cursul curei neuroleptice. (6)

IMPULSIUNE. Act psihomotor, cu caracter imperativ, avînd un debut și o oprire bruscă; el este imprevizibil și incontrolabil de către bolnav. Adesea I. este însoțită de o tulburare a conștiinței, care explică amnezia consecutivă — parțială sau totală. I. poate îmbrăca un caracter medico-legal. *Clinic* — după Gayral — există următoarele tipuri de I. a). *I. reflexe* — în care intră actul impulsiv epileptic, I. din starea oniroidă a confuziilor mintale, a schizofrenilor, alcoolicilor și deliranților parafreni (delir de influență, delir xenopatic); b) *I. obsesive*, în care ideea obsedantă a executării unui act oarecare, prin opoziția subiectului, declanșează anxietatea penibil resimțită, pentru ca, în final, actul să fie realizat. Apare în psihastenie, neuroza obsesivo-fobică, uneori în debutul schizofreniei, la anxioși etc.; c). *Raptusul* constă în execuția semiautomată a unui act de multe ori antisocial. Se declanșează brusc, adesea sub imperiul unei puternice anxietăți. Raptusul melancolic, cu tentative de sinucidere, și cel schizofrenic sînt modele clasice; d). *Reacțiile de scurt-circuit* sînt acte asemănătoare raptusului, dar mai puțin brutale și automate, deși se pot finaliza dramatic (de ex. crimă). Apar ca o consecință a unor trăiri afective puternice și destul de des cu implicații medico-legale. Ca tipuri de reacție scurt-circuitată se menționează: fugile, furtul, dezertarea, agresiunea etc. Apar la psihopați, oligofreni, toxicomani etilici, în debutul schizofreniei etc. Ca forme particulare și discutabile ca apartenență la grupul I., se mai citează cleptomania, dipsomania, piromania. (4)

INANIȚIE. Stare de epuizare, realizată prin lipsă de aport alimentar, consecutivă unei tulburări psihice. I. poate fi întîlnită în depresii grave, anorexie mintală, în cazul bolnavilor cu anumite idei delirante sau în demențe și oligofrenii profunde. Practic, în aceste cazuri I. se produce fie din cauza prezentării tardive a bolnavului în serviciul de psihiatrie, fie din cauza unei îngrijiri neadecvate în ambianța familială, unde a fost evident neglijat. În situația de I. fortuită, pot apare tulburări psihice de tip psihotic, cunoscute sub denumirea de psihoze de I. (6)

INFERIORITATE. În accepțiunea psihanalitică, sentimentul de I. face parte din complexele psihice care apar în copilărie și este determinat, la fete, de constatarea absenței membrului viril (prin comparație cu structura anatomică a băieților). De

Scanned with CamScanner

aici sentimentul de I., dar și de culpabilitate și pedeapsă (deoarece fata crede că l-a avut cîndva dar că a fost tăiat drept pedeapsă). Conform schemei psihanalitice, sentimentul de I. și culpabilitate ar constitui sursa complexului castrației sau mutilației, cu mari implicații în evoluția ulterioară a psihismului la fete. Astfel s-ar explica apariția complexului Dianei, care reflectă protestul inconștient dar și respectul pentru băiat. Acest complex determină tendința spre masculinizare și prin aceasta o serie de alte tulburări instinctivo-afective: homosexualitate, frigiditate etc. Fiind un sentiment de penibilă trăire, caracteristic omului, complexul de I. a existat dintotdeauna. Se consideră că orice om, în anumite condiții, poate resimți sentimentul de I. care nu este neapărat patologic, dimpotrivă, așa cum spune A. Adler, el determină, prin mecanismul de compensare, depășirea situației dificile. Sentimentul de I. apare, după Adler, în copilărie și este consecința unor deficiențe fizice sau psihologice, precum și a modului în care grupul social se comportă față de posesorul acestor deficiențe. Supracompensarea I. poate îmbrăca aspecte anormale, conduite patologice, neurotice (mai ales la copii și tineri). Sentimentul de I. se întîlnește la neuroticii obsesivi, scrupuloși, la melancolici, la schizofreni. Măsurile educative potrivite, mediul familial sănătos și psihoterapia adecvată previn sau elimină I. la copii. În cazul în care I. apare ca simptom în contextul unei boli psihice va beneficia de terapia respectivei boli. (4)

INCEST. Modalitate aberantă de satisfacere erotică între părinți și copii sau frați și surori. A fost descris din cele mai vechi timpuri și este încă practicat în unele societăți primitive (v. PERVERSIUNI SEXUALE). I. este de cele mai multe ori consecința vieții socio-familiale în condiții de promiscuitate, incultură și amoralitate. Stigmatele psihopatice sau neuropatice, alături de alcoolism, sînt factorii favorizanți sau precipitanți mai importanți. I. este mai frecvent la tați decît la mame și adesea el reflectă o structură psihopatică erotică, impulsivă sau obsedantă, a acestuia. În alte cazuri, apare în contextul unei boli psihice: oligofrenie, schizofrenie, demență. I. declarat sau dovedit ridică probleme medico-legale, de responsabilitate. Este necesar examenul psihiatric și psihologic pentru a evalua starea sănătății mintale a individului și implicit pentru a diagnostica o boală psihică în vederea stabilirii discernămîntului. (4)

Scanned with CamScanner

ÎNCHISTAT. v. DELIR

INCOERENȚĂ. Stare caracterizată printr-o lipsă de legătură, de coeziune logică a cursului gîndirii, fapt ce se traduce clinic mai ales în limbajul bolnavului (oral sau scris), în care apar elementele unor idei lipsite de o legătură logică, contradictorii, răspunsuri neadecvate la întrebări, divagații etc. I. în gîndire se poate manifesta fie pe fondul unei modificări de conștiință, fie în cadrul unei conștiințe clare. Principalele eventualități în care apare I.: sindromul confuzo-oniric sau de tip amențial, schizofrenie, unde I. este consecința tulburărilor fundamentale ale gîndirii și se manifestă printr-o lipsă de coeziune între idei și reprezentări, astfel încît frazele nu au nici o legătură logică, iar în forma cea mai exprimată ne aflăm în fața „salatei de cuvinte", cînd însăși legătura dintre cuvinte nu mai există; sindromul demențial, unde I. este urmarea deteriorării intelectuale a bolnavului; manie, forma confuzivă. I. trebuie diferențiată semiologic atît de „fuga de idei", cît și de „răspunsurile alăturea" din sindromul Ganser. (6)

INCOMPATIBILITATE MEDICAMENTOASĂ. Medicamentele sînt de multe ori asociate în vederea unei acțiuni sinergice (efectul fiind favorabil). Dacă între medicamentele asociate se produce un antagonism, va urma diminuarea, anihilarea sau chiar inversarea acțiunii. Medicamentele pot prezenta I. farmacodinamice, precum și unele I. legate de proprietățile lor fizico-chimice, care se produc prin asocierea necorespunzătoare în cadrul aceleiași injecții sau perfuzii. Uneori, aceste I. nu se pot sesiza imediat, sau se produc numai la temperatura corpului. Indiferent de situație, rezultatele vor fi contrare așteptărilor celui care face asocierea, eficacitatea medicamentelor se modifică, putînd rezulta chiar combinații toxice. Tabelele de I. întocmite pînă acum au valoare informativă, neexistînd o listă completă a I., pe de o parte datorită variantelor numeroase posibile de asociere a medicamentelor, iar pe de altă parte, datorită apariției de noi medicamente cu însușiri insuficient elucidate, sub acest aspect. Din aceste motive este de preferat evitarea asocierii medicamentelor în soluții injectabile sau reducerea la strictul necesar, dictat de rațiunea terapeutică. În cele ce urmează este redat un tabel de *I. în cadrul soluțiilor injectabile:*

Scanned with CamScanner

Incompatibilităţile unor medicamente folosite în psihiatrie în soluţii injectabile

(Tabel combinat după mai mulţi autori)*

Medicamentul:	Incompatibil a se amesteca cu:
Amobarbital (Amital) (pH intens alcalin)	Soluţiile acide (cu pH mai mic decît 7)
Amitriptilină (Tryptizol, fiolele conţin glucoză)	(v. Incompatibilităţile glucozei)
Antideprin	(V. Imipramină)
Ac. ascorbic (pH acid)	Soluţiile alcaline (pH mai mare decît 7), fenitoina, adrenalina, noradrenalina, ampicilina, sulfamidele, vitamina B_{12}
Barbiturice (pH intens alcalin)	Soluţiile acide, clorprotixen (Taractan), clorpromazina, prometazina (Romergan), hidroxidiona (Viadril), succinilcolina, papaverina, ampicilina, kanamicina, cefalotina, EDTA-ul
Clorprotixen (Taractan, Truxal) (pH acid)	Barbiturice, mepazina (Pacatal)
Calciu — soluţii de săruri de calciu	Soluţiile alcaline, soluţiile de bicarbonat de Na, soluţiile injectabile de alcaloizi (atropină, chinină, emetină, ergotamină, fizostigmină, morfină, papaverină, scopolamină, stricnină), hidrolizatele de proteine, fenobarbitalul, fenitoina, fosfobionul, soiodinul, sulfatul de magneziu, ampicilina, streptomicina, cefalotina, tetraciclinele, riboflavina, cardiotonicele.
Calciu gluconic	În plus faţă de cele arătate: fosfatul de natriu, ronicolul, novobiocina, prednisolonul.
Calciu bromat Se injectează singur	
Calciu clorat Se injectează singur	
Ciancobalamina	Soluţiile alcaline acide şi reducătoare. Vitaminele C, B_1, B_6, PP.
Clorpromazina	Soluţiile alcaline, barbituricele, fenitoina, adrenalina, sulfamidele, penicilina G, ampicilina, meticilina, eritromicina, kanamicina, cloramfenicolul,

* (Combinat după Jugulescu, 1967; Jacobs, 1973, Savopol, 1973, Wood-Smith şi colab., 1968). (5)

Scanned with CamScanner

Medicamentul:	Incompatibil a se amesteca cu:
	tetraciclinele, dexametazonul (Superprednol), aminofilina (Miofilin), heparina, hidrolizatele de proteine
Diazepam fiole (pH acid) Se injectează singur	
Dietazina (Diparcol) (pH acid)	Soluţiile alcaline
Difenilhidantoina (fenitoina sodică, Dilantin) (pH intens alcalin) Se injectează singură	
Fenobarbital (pH intens alcalin) Se injectează singur. Nu se poate dilua cu apă distilată fiind dizolvat în propilenglicol	
Gerovital H_3	V. Incompatibilităţile procainei
Glucoza (pH acid)	Soluţiile alcaline, penicilina G, ampicilina, novobiocina, kanamicina, streptomicina, iozinolul, warfarina Na. Observaţie: glucoză mai conţin următoarele preparate: glucosalilul, teoglucinul, Tryptizolul. Şi în cazul acestora se vor respecta incompatibilităţile de mai sus.
Haloperidol (pH acid)	Fenindiona
Hidroxizina (pH acid)	Cloramfenicolul, anticoagulantele de tip cumarinic.
Hidromorfon	V. Incompatibilităţile morfinei
Imipramina	V. Incompatibilităţile enumerate la ac. ascorbic.
Insulina Se injectează singură	
Levomepromazina (pH acid). Se diluează în soluţie izotonică de clorură de Na.	
Magneziu (soluţie de săruri de Mg)	Fenobarbitalul, bromura de Ca, procaina, adrenalina, noradrenalina, cardiotonicele, ac. ascorbic, soluţia de bicarbonat de Na, tetraciclinele.

Scanned with CamScanner

Medicamentul:	Incompatibil a se amesteca cu:
Mepazina (Pacatal) Se injectează singură	
Metilfenidat (Ritalin) (pH acid)	Soluţiile alcaline, fenobarbital Na
Morfina hidroclorică (pH acid)	Soluţiile alcaline, iodura şi bromura de Na, soluţia de bicarbonat de Na, barbituricele, fenitoina, aminofilina, heparina, meticilina, PAS-ul sodic. Notă: iodură de Na conţin: Soiodinul, Iozinolul şi Odinartul (deci sînt şi ele incompatibile cu morfina).
Natriu bicarbonic soluţie (pH alcalin)	Soluţiile acide, soluţiile care conţin sulfat de Mg, sărurile de Ca, morfina, fenitoina, noradrenalina, procaina, insulina, ACTH-ul, ampicilina, meticilina, lactobionatul de eritromicină, tetraciclinele, complexul B forte, ac. ascorbic
Natriu hiposulfit (pH alcalin)	Soluţiile de alcaloizi, procaina, adrenalina, iodura de Na, streptomicina.
Neostigmină (Miostin)	Acetilcolina
Nicotinamida (pH acid)	Sulfamidele, vitamina B_{12}
Perfenazina (Trilafon)	Clorpromazina
Petidina (Mialgin) (pH acid)	V. Incompatibilităţile morfinei
Piridoxina (pH acid)	Vitamina B_{12}, extractele de ficat
Procaina (Novocaina) (pH acid)	Soluţiile alcaline, soluţiile de iodură de Na şi sulfat de Mg, barbituricele, fenitoina, sulfamidele, streptomicina, succinilcolina.
Promazina (Romtiazin) (pH acid)	Soluţiile alcaline, barbituricele, fenitoina, heparina sodică, hidrocortizonul, penicilina G potasică, ampicilina, meticilina, cloramfenicolul, sulfamidele.
Prometazina (Romergan) (pH acid)	V. Incompatibilităţile Promazinei, în plus complex B.
Riboflavină (pH acid)	Soluţiile alcaline, calciul bromat, streptomicina, oleandomicina, tetraciclinele.
Scobutil (pH acid)	Soluţiile alcaline şi v. incompatibilităţile menţionate la glucoză.

Scanned with CamScanner

Medicamentul:	Incompatibil a se amesteca cu:
Soluţii de electroliţi (Ca, Mg. fosfaţi etc.)	Nu se utilizează ca vehicule sau solvenţi în scopul injectării sau perfuzării medicamentelor.
Stricnina sulfurică (pH acid)	Soluţiile alcaline, soluţiile care conţin bromură de Na şi Ca, iodura de Na, adrenalina, tiamina, ACTH-ul.
Tiamina (pH acid)	Soluţiile alcaline, soluţiile de alcaloizi, soluţiile care conţin iodură de Na, soluţiile care conţin glucoză, dextran, fenobarbitalul, etanolul, penicilina, streptomicina, stricnina, vitamina B_{12}
Tiosulfat de natriu	V. Natriu hiposulfit (sinonim)
Vitamina B_1	V. tiamina
Vitamina B_2	V. Riboflavina
Vitamina B_6	V. piridoxina
Vitamina B_{12}	V. ciancobalamina
Vitamina C	V. acidul ascorbic
Complexul de vitamine B cu ac. ascorbic	Ampicilina, penicilina G, lactobionatul de eritromicină, colistina, tetraciclina, heparina, hidrocortizonul. Vezi şi incompatibilităţile componentelor.

(5)

INCONŞTIENT. Componentă esenţială a psihicului, noţiunea de I. aparţine mai ales psihanalizei, care îi acordă multiple valenţe în edificarea persoanei. În accepţiunea psihanalitică. I. constituie originea şi esenţa vieţii psihice; ar fi o „gîndire instinctuală", determinată de cele mai elementare dar şi fundamentale cerinţe biologice: conservarea individului şi speciei, însoţit de trăirea sentimentului de plăcere şi satisfacţie. I. este în strînsă corelare cu sistemul nervos vegetativ şi cu structurile mezodiencefalice care îl dirijează spre formaţiunile centrale corticale ale SNC. I. reprezintă o tendinţă spre conştientizare (spre conştient). Concepţia pavloviană oferă date importante în înţelegerea I., ea dovedind că cele mai simple reflexe dirijează viaţa vegetativă. Acestea sînt regăsite în conştiinţă, unde au caracterul de reflexe condiţionate. Bleuler a schiţat, sub termenul de „psihoid", analogia între manifestările biologice vitale şi cele conştiente. Astfel, în funcţiile vitale se găsesc: a) elemente mnezice, care folosesc impresiile determinate de diferite

Scanned with CamScanner

excitații; ele constituind o veritabilă memorie „moleculară" care astăzi, în urma cercetărilor recente de neurobiologie și biochimie neuronală, cîștigă teren; b). posibilități de integrare, de sinteză a impresiilor izolate și c). elemente teleologice de finalizare a achizițiilor într-un scop determinat. Viața socială, prin criteriile sale etice, religioase, estetice etc., închise în eul conștient, la elaborarea căruia contribuie și care selectează și dirijează impulsiunile inconștientului, în raport cu normativele eului conștient, reprezintă, în ultimă instanță, sinteza vieții psihice și sociale. Dinamica acestei interrelații, în special filtrarea, la care sînt supuse de către conștiință, pulsiunile I. se constituie în ceea ce psihanaliza a numit fenomenul cenzurii. Acesta permite „trecerea" pragului conștiinței numai acelor pulsiuni I. care nu contravin normelor etice, restul sînt „refulate". Strîns legate de I. sînt „complexele". Psihanaliza încearcă o explicare a „fenomenului neurotic și psihotic prin mecanismele psihodinamice ale interrelației conștient-inconștient. (4)

INCONTINENȚA AFECTIVĂ. Tulburare caracterizată prin ștergerea limitelor între diferitele forme de manifestare afectivă, de așa manieră încît bolnavul trece cu foarte mare ușurință și fără un pretext real, corespunzător, de la rîs, la plîns și invers; I.A. survine în ASC, sindrom pseudobulbar, stări demențiale. (7)

INDIFERENȚA. În psihiatrie termenul se referă la afectivitate și semnifică o atenuare, pînă la dispariție, a rezonanței afective la stimulii externi, instalîndu-se o stare de „neutralitate afectivă" (Porot). Ea se reflectă în mimica și pantomima bolnavilor, care devine inexpresivă, trădînd starea de nepăsare. O I. afectivă pasageră se poate observa după diferite „stress"-uri psihice. În stările psihice cu deficit intelectual (demență, oligofrenii), I. se datorește neînțelegerii situației; la fel în stările confuzionale. În schizofrenie I. afectivă („golul afectiv") este un simptom patognomonic. (3)

ÎNDOIALĂ. În psihopatologie, I. se definește ca o stare particulară întîlnită în împrejurări în care persoana trebuie să decidă, să ia o hotărîre. Cea mai tipică este I. obsesivă. Ea se manifestă sub forma unei incertitudini, a lipsei de siguranță a bolnavului în/și față de acțiunile sale. Trăită conștient și neplăcut de bolnav, îl obligă să-și verifice în permanență acțiunile, antrenînd un sentiment de neîncredere, generator de anxietate. I. se mai întîlnește în stările delirante, în perioada de invazie a delirului, cînd încă convingerea bolnavului nu

Scanned with CamScanner

este suficient de fermă. I. mai poate apare şi în faza de destrămare a delirului, cînd bolnavul, devenind critic faţă de unele trăiri, începe să se îndoiască de veridicitatea lor. În această din urmă împrejurare, apariţia I. ar constitui, după Sutter, un semn de prognostic favorabil, anunţînd instalarea criticii şi dispariţia delirului. (2)

INDUS, DELIR. v. DELIR

INERŢIE. Definită de Hăulică în Dicţionarul Medical ca o „stare caracterizată prin rezistenţa faţă de o forţă care tinde să schimbe o anumită poziţie sau să imprime o anumită mişcare", este întîlnită în psihiatrie cu precădere în stările stuporoase (stupoare confuzională, stupoare catatonică, stupoare melancolică) şi face parte din tabloul stării de inhibiţie psihomotorie, alături de abulie şi apatie. I. apare în intoxicaţii cronice, farmacodependenţe, epilepsie, traumatisme cranio-cerebrale, schizofrenie cronicizată etc. (2)

INFANTICID, sin. PRUNCUCID. v. PRUNCUCIDERE

INFANTILISM PSIHIC. Prin I.P. se înţelege o neconcordanţă între dezvoltarea somatică, corespunzătoare vîrstei (a unei persoane adolescente sau adulte) şi dezvoltarea psihică, care păstrează în ansamblu caracterele psihismului din copilărie. Această „rămînere în urmă" a dezvoltării psihice nu se referă la dezvoltarea proceselor cognitive care, de cele mai multe ori, sînt bine şi foarte bine dezvoltate, ci la personalitatea individului, la unele trăsături de caracter, la reacţiile şi comportamentul lor în anumite situaţii, la sistemul motivaţional, elemente cu repercusiuni în integrarea socială a persoanei. (2)

INFECŢIOS, DELIR. În medicina somatică se foloseşte adesea, în sens impropriu termenul de D.I. pentru a desemna o stare de incoerenţă ideo-verbală, ce apare pe fondul unei modificări a stării de conştiinţă de tip confuzional, şi în contextul unor boli somatice infecţioase, însoţite de febră ridicată. Acest D.I. este în realitate o stare confuzională în cadrul psihozelor exogene infecţioase (v. CONFUZIE MINTALĂ). (2)

INFERIORITATE, COMPLEX. v. COMPLEX

INFLUENŢĂ, DELIR DE. v. DELIR

INFRALOGIC, DELIR. v. DELIR

INHIBIŢIE. Termen cu largă circulaţie în fiziologie, introdus de Pavlov şi şcoala sa. I. împreună cu excitaţia constituie două procese fundamentale ale activităţii SNC. În psihiatrie I. are un sens mai larg, înţelegîndu-se prin aceasta diminuarea sau suprimarea temporară şi reversibilă (în sfera unui substrat lezional) a unor funcţii psihice (memorie, gîndire, voinţă etc.).

Scanned with CamScanner

Ea se poate datora unor factori externi (emoţii, psihotraume) sau poate să apară în contextul unor tulburări psihice neurotice sau psihotice. Intensitatea I. psihice şi psiho-motorii poate fi variată, mergînd de la o simplă încetinire a proceselor ideative sau a celor de memorie, ce se întîlneşte şi la persoanele normale în situaţia unor trăiri emotive puternice, pînă la inhibiţii psiho-motorii extreme, aşa cum sînt cele din stările stuporoase (v. STUPOARE). Între aceste două împrejurări extreme există desigur o gamă largă de stări de inhibiţie mai mult sau mai puţin pronunţată, cuprinzînd una sau mai multe funcţii psihice. Dintre bolile în care I. apare mai frecvent se menţionează stările depresive, stările isterice, stările confuzionale, melancolia, schizofrenia (catatonică, simplă), psihopatia (astenică, timopatia) şi altele. (2)

INSIDON. v. OPIPRAMOL

INSTABILITATE. Termen care poate desemna în psihiatrie I. emotivă şi I. psihomotorie. I. emotivă, după Gayral, se traduce prin variaţii ale sentimentelor, impulsivitate, reacţii labile, hiperexcitabilitate emotivă, dezordonată şi se observă la maniacali şi la personalităţile dizarmonice. I. psihomotorie se observă în special la copii, care nu pot sta locului, se deplasează continuu, ating toate obiectele, trec de la o activitate la alta, vorbesc tot timpul, sînt agitaţi. În perioada şcolară, ea constituie un serios handicap şi generează conflicte şi neînţelegeri cu profesorii şi părinţii. Anumite condiţii socio-afective favorizează apariţia acestei tulburări (neînţelegeri între părinţi, familii destrămate etc.). De aici decurg o serie de condiţii necesare dezvoltării echilibrate a copiilor (ambianţa calmă, afectuoasă etc.). La unii debili mintali (debilii dizarmonici) deficitul lor intelectual este dublat de tulburări afective şi caracteriale. Debilii instabili, dizarmonici, sînt caracterizaţi (de Simon şi Vermeylen) prin imposibilitatea de a se concentra, de a se fixa asupra unui lucru, distractibilitatea atenţiei şi chiar imposibilitatea de a sta pe loc. I. lor caracterială determină schimbarea frecventă a meseriei, a domiciliului, fugi, vagabondaj, mitomanie, trăsături care fac dificilă inserţia lor socială. (3)

INSULINA. Este un hormon de natură proteică elaborat de celulele beta din insulele lui Langerhans, unde se găseşte sub formă de proinsulină. Sub influenţa stimulului hiperglicemic, proinsulina se transformă în I., care trece în sînge. Principala acţiune a hormonului este cea hipoglicemiantă; ea se explică în special prin favorizarea penetrării glucozei sanguine în ţesuturi. Are şi efecte lipogenetice (creşte concentraţia tri-

Scanned with CamScanner

gliceridelor pe socoteala acizilor graşi liberi) şi antilipolitice (împiedică augmentarea acizilor graşi liberi în sînge, datorită acţiunii lipogenetice). Reduce concentraţia colesterolului sanguin, stimulează centrul vagal bulbar şi determină o creştere a secreţiei sucului gastric. *Indicaţii terapeutice.* Indicaţia majoră este reprezentată de diabetul zaharat. I. se mai foloseşte ca eupeptic, în tratamentul unor neuroze, iar, în schizofrenie, sub formă de come insulinice (v. INSULINOTERAPIA). *Efecte secundare.* Principala reacţie adversă o constituie hipoglicemia, care poate fi de intensităţi diferite şi cu consecinţe diferite; ea poate produce tremurături, nelinişte, tulburări neurologice. Un alt efect secundar îl constituie lipodistrofia insulinică (hipertrofia sau atrofia la nivelul locului de injecţie). O altă complicaţie este insulinorezistenţa. Ea poate fi primară, datorită apariţiei de anticorpi antiinsulinici (în aceste cazuri se impune schimbarea preparatului şi/sau o cură scurtă de glucocorticoizi) sau secundară, cînd este legată de o afecţiune intercurentă şi dispare în urma tratamentului afecţiunii. *Preparate. Posologie.* Deşi sînt numeroase preparate, numai I. cristalizată obişnuită (preparatul comercial românesc Insulina(+)) este singurul folosit în psihiatrie. Efectul său hipoglicemiant începe la 20 de minute după injecţie s.c., efectul maxim este atins la 3—4 ore şi dispare după 6 ore, în medie. Preparatul comercial românesc se prezintă sub formă de fiole, care conţin 200 UI (În diabet se administrează 1 UI la fiecare 2 g glucoză în urină; tratamentul trebuie însă individualizat; în coma diabetică se dau 100—200 UI i.v., iar în neuroze, 20—60 UI, pe nemîncate). (1)

INSULINOTERAPIE. I. face parte din metodele terapeutice biologice zise „de şoc", cu acţiune diencefalică nespecifică. Metoda pusă la punct de M. Sakel (1933), este considerată şi astăzi, după mai bine de 4 decenii, ca un eficient mijloc terapeutic, mai ales în debutul schizofreniei. *Tehnica* 1). Pregătirea bolnavului: se face un examen somatic amănunţit, pentru decelarea unor eventuale contraindicaţii, se determină constantele biologice, accentul principal punîndu-se pe curba hiperglicemiei provocate (care trebuie să fie de aspect normal). Bolnavul este plasat într-o încăpere liniştită, sub supravegherea unui personal calificat. Este bine ca încăperea să dispună de oxigen şi instalaţii de reanimare. Înaintea începerii tratamentului, bolnavul va fi informat în ce constă acesta, explicîndu-i-se valoarea terapeutică şi eventuale aspecte neplăcute (pentru a-i diminua anxietatea). 2). Administrarea insulinei se face dimineaţa pe nemîncate; doza de insulină necesară pro-

Scanned with CamScanner

ducerii comei hipoglicemice stabilindu-se prin tatonare, ea fiind foarte diferită de la bolnav la bolnav. În acest scop, tratamentul se începe de obicei cu 10 U. insulină, administrate s.c. sau i.m. Apoi doza se creşte zilnic cu cîte 10 U. pînă la intrarea în comă hipoglicemică, care se instalează după aproximativ 40—60 minute de la administrarea unei doze eficace. Obişnuit aceasta se situează între 60 şi 150 UI (dar sînt şi bolnavi care fac coma la 30 U sau la doze foarte ridicate 180—200 U). În cazurile de insulinorezistenţă, dozele nu vor depăşi totuşi 3 U pe kg/corp (Cossa). Pentru scăderea rezistenţei la insulină se practică mai multe metode, dintre care cele mai eficiente sînt administrarea insulinei în zig-zag (von Braumuehl), prin alternarea de doze ridicate cu doze coborîte şi intercalarea şocurilor electrice. Se mai poate utiliza administrarea insulinei în doze fracţionate în mai multe regiuni ale corpului, în scopul unei absorbţii mai rapide. 3). Coma hipoglicemică. După o fază de somnolenţă cu moleşeală şi fenomene vegetative, manifestate prin transpiraţii, modificări de puls, hipotermie, bolnavul intră în coma hipoglicemică propriu-zisă. Coma se instalează cînd glicemia scade în jur de 30 mg%. Conştiinţa este suprimată, bolnavul nu mai răspunde decît la stimuli dureroşi foarte puternici. În cazuri de comă profundă bolnavul este inert, iar reflexul corneean dispare (de regulă, nu este recomandabil să se ajungă la o comă atît de profundă). În timpul comei, bolnavul poate fi liniştit sau poate prezenta o stare de agitaţie dezordonată, de tip hiperkineto-hiperton, amintind agitaţia catatonică. Frecvent se întîlnesc mişcări dezordonate ale capului şi membrelor, de aspect coreo-atetozic, sau contracturi ale orbicularului buzelor, imitînd mişcările de sucţiune. Fenomenele neurovegetative devin din ce în ce mai exprimate: transpiraţiile sînt profuze, apare o salivaţie abundentă (bolnavul face obişnuit spume la gură); există modificări vasomotorii manifestate prin roşeaţa sau paloarea tegumentelor, aceste stări succedîndu-se de mai multe ori în cursul unei come; aspectul pupilelor este cînd miotic cînd midriatic. Examenul neurologic în această fază relevă modificări de reflexe şi chiar prezenţa unor reflexe patologice (Babinski pozitiv). În cursul comei hipoglicemice pot apare uneori crize convulsive. Bolnavul se lasă în stare de comă hipoglicemică între 30—50 minute, după care coma este întreruptă, iar bolnavul readus la starea de conştiinţă. Aceasta se face prin administrarea de soluţii glucozate sau zaharate prin sondă nazală. Cantitatea de zahăr sau glucoză conţinută în soluţie trebuie să fie aproximativ egală cu numărul

Scanned with CamScanner

de unităţi de insulină primite de bolnav (pentru 1 U. insulină = 1 g zahăr sau glucoză). În cîteva minute, bolnavul se trezeşte. După trezire se completează cantitatea de glucoză, administrată prin sondă, cu ceai sau compoturi. În primele ore după trezire, bolnavul are o stare euforică hipomaniacală foarte propice abordării psihoterapeutice. *Complicaţii.* În cursul comei hipoglicemice pot apare o serie de complicaţii: 1). Coma prelungită sau coma protrahată este o complicaţie mai rară dar gravă. După administrarea soluţiei glucozate, bolnavul fie că nu se trezeşte, fie că, după o trezire de scurtă durată, recade în comă. În această împrejurare, administrarea unei noi cantităţi de soluţie glucozată este utilă, în cazul în care glicemia nu a atins valorile normale, dar poate fi periculoasă, existînd posibilitatea trecerii într-o comă hiperglicemică (greu de recunoscut clinic). Un argument în favoarea comei hiperglicemice l-ar reprezenta uscarea tegumentelor, dar acesta este un element relativ. Singura cale de precizare este determinarea de urgenţă a glicemiei şi corectarea ei în funcţie de valorile găsite prin administrarea de glucoză sau insulină. Se va administra oxigen, analeptice cardio-respiratorii, după caz, şi se va face o reechilibrare hidroelectrolitică conform ionogramei. Coma prelungită este foarte rar mortală; ea constituie o contraindicaţie pentru continuarea curei insulinice. Unii autori apreciază că deşi dramatică, o comă prelungită are efecte terapeutice echivalente cu cca 8—10 come obişnuite. 2). Edemul pulmonar acut apare rar, dar este foarte periculos, el fiind mortal dacă nu se intervine prompt şi adecvat. Cossa recomandă perfuzii cu procaină, 40 cm^3 în 250 ml în ser glucozat 30%, la care se adaugă oxigenul şi analepticele cardio-respiratorii obişnuite. 3). Crizele convulsive de aspect comiţial sînt relativ frecvente, dar nu sînt grave. Cînd există tendinţa de a se repeta, se trezeşte bolnavul rapid prin administrare de soluţii glucozate i.v. şi se întrerupe cura. *Indicaţii.* Cura insulinică şi-a restrîns mult indicaţiile în ultimele decenii după apariţia unor psihotrope deosebit de eficiente, mai ales în unele ţări (S.U.A., Anglia, Franţa, Germania etc.). Totuşi ea se mai practică, pe scară destul de largă şi cu rezultate bune, indicaţia de elecţie constituind-o schizofrenia (toate formele) în faza de debut sau în primii 2—3 ani de evoluţie (Mayer-Gross). După această perioadă, rezultatele obţinute devin îndoielnice. *Contraindicaţii* Printre contraindicaţiile absolute se numără diabetul, afecţiunile pulmonare evolutive, cardiopatiile, HTA în stadiul II şi III. Dintre cele relative se menţionează tuberculoza pulmonară,

Scanned with CamScanner

afecțiunile hepatice și renale cronice și stabilizate, HTA, stadiul I. *Rezultate.* Cura insulinică are efect bun în schizofreniile recente. Procentul remisiilor se apropie de 60%, din care o mare parte sînt de lungă durată. Sînt cazuri în care numărul comelor poate fi mai mare de 30—50, acesta fiind stabilit în funcție de caz și evoluție. I. nu-și exercită întreaga valoare terapeutică decît atunci cînd este asociată cu psihoterapia și chimioterapia adecvată. *Alte metode de insulinoterapie.* 1). Comele umede sau subcomele constau în administrarea unor doze de insulină mai mici decît cele necesare obținerii comei hipoglicemice. Metoda a fost introdusă de către Croske și Sargent (1941), inspirată din tehnica lui Mitchell (1881), care realiza hipoglicemii ușoare pentru creșterea apetitului. Ea constă din administrarea unei doze de 20 U. insulină care se crește zilnic cu cîte 10 U. pînă cînd se obține o stare de moleșeală și transpirații abundente. De îndată ce bolnavul devine somnolent și există tendința de cădere în comă i se oferă băuturi dulci urmate de o alimentație consistentă. Autorii au folosit comele umede în tratamentul neurozelor de război cu bune rezultate. Ea se folosește și astăzi avînd ca indicații de elecție stările neurotice reactive, unde, împreună cu o psihoterapie adecvată individuală și de grup, se obțin ameliorări rapide. În psihoze, rezultatele sînt mai modeste, dar se practică uneori acolo unde comele cu insulină sînt contraindicate din considerente somatice (contraindicațiile comelor umede fiind mult mai reduse). 2). Coma insulinică combinată cu crize convulsive. Observîndu-se efectele favorabile ale crizelor convulsive care apăreau spontan, ca o complicație în timpul hipoglicemiei, s-a trecut la provocarea acestora prin metode chimice sau electrice. Provocarea crizelor convulsive în comă este indicată, după Mayer-Gross, în următoarele împrejurări: a) cînd se obțin slabe rezultate după un număr de come obișnuite; b) cînd în tabloul clinic există și elemente afective de tip depresiv; c) la bolnavii care fac come numai la doze foarte mari de insulină. Tehnica constă în aplicarea a cîte unui EȘ în timpul comei, de două ori pe săptămînă. În privința rezultatelor nu se poate afirma cu certitudine superioritatea lor față de comele insulinice simple (Mayer-Gross). (2)

INTEGRIN. v. OXIPERTINA

INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE. În practică, de multe ori medicamentele se administrează asociate. În aceste cazuri se pot produce interacțiuni între medicamentele respective cu repercusiuni asupra efectelor lor farmacodinamice. Interacțiu-

Scanned with CamScanner

nea dintre componentele asociate se poate produce chiar înaintea administrării lor, datorită unor incompatibilități legate de proprietățile lor fizico-chimice, multe ingrediente putîndu-se inactiva (v. INCOMPATIBILITĂȚI). Interacțiuni între medicamente pot să se producă de asemenea în toată faza farmacocinetică, precum și în decursul fazei farmacodinamice, în care medicamentul se fixează pe receptor și determină efectul farmacodinamic. Interacțiunile pot avea ca rezultantă o acțiune sinergică, antagonistă sau acțiunea medicamentelor poate rămîne neschimbată. Este de înțeles că numai prima situație este avantajoasă din punct de vedere terapeutic. De asemenea se știe că o serie de asocieri nejudicioase pot determina reacții adverse sau efecte secundare (v. EFECTE SECUNDARE). Interacțiunile nedorite sînt rezultatul polipragmaziei, insuficientei cunoașteri a compoziției și proprietăților medicamentelor prescrise de către unii medici, nerespectării contraindicațiilor, faptului că bolnavii utilizează medicamente prescrise de mai mulți specialiști, care nu-și cunosc reciproc prescripțiile, sau întrebuințării prin automedicație de către bolnavi a celor mai variate medicamente, pe care și le pot procura cu destulă ușurință. În cazul medicației psihotrope se pot produce interacțiuni între psihotropele utilizate și între acestea și alte medicamente administrate bolnavului. În funcție de aceste posibilități vom deosebi următoarele situații: 1). Interacțiuni între psihotrope îmbrăcînd forma acțiunii sinergice, în cazurile în care medicamentele produc efecte în același sens sau medicamentele asociate pot avea acțiune antagonistă, în cazul în care ele determină efecte opuse. a) Sinergismul poate consta dintr-o simplă sumare (adiție) a efectelor. b). Poate îmbrăca aspectul potențării, în cazul căruia efectul final este mai mare decît suma efectelor parțiale determinate de medicamentele asociate (sinergism supraaditiv). Aditiv acționează morfina-petidina, bromurile între ele, efectul colinolitic al fenotiazinelor, antidepresivelor triciclice și al antiparkinsonienelor colinolitice poate, de asemenea, să se sumeze. Exemple de potențare constituie interacțiunile dintre clorpromazină — narcotice, etanol, tranchilizante, hipnotice, analgezice narcotice. În aceste cazuri, clorpromazina modifică activitatea SNC și determină întărirea sau prelungirea acțiunii medicamentelor menționate. Un alt exemplu de acest fel apare în cazul scurtării perioadei de latență și a instalării rapide a acțiunii antidepresivelor triciclice după triiodtironină (Engelhard, 1974), care augmentează sensibilitatea receptorilor din SNC la acțiunea noradrenalinei. Po-

Scanned with CamScanner

tentarea se mai poate obține prin modificarea (diminuarea) biotransformării. De exemplu, asocierea de L-DOPA cu inhibitori ai dopa-dercarboxilazei extracerebrale, de tipul benserazidei, în preparatul Madopar(R), permite formarea unei cantități mărite de dopamină în creier și reducerea dozei de L-DOPA necesară pentru tratarea bolii lui Parkinson. În felul acesta diminuă incidența reacțiilor adverse. c) Antagonismul se poate realiza printr-un mecanism chimic și unul biologic. De exemplu, pentru a antagoniza efectele sedative pronunțate determinate de fenobarbital în tratamentul epilepsiei se pot asocia diferite medicamente stimulante ale SNC (amfetamina) sau invers, în cazul utilizării efedrinei în tratamentul astmului bronșic, se pot asocia sedative. 2). Interacțiuni dintre psihotrope și alte medicamente. De exemplu, antidepresivele triciclice pot antagoniza efectul antihipertensiv al betanidinei (Esbatal(R)), debrisoquinei (Declinax(R)) și guanetidinei. În cazul guanetidinei, efectul hipotensiv se produce printr-un mecanism simpaticoplegic, pentru realizarea căruia guanetidina trebuie să fie încorporată în terminațiile nervoase simpatice. Triciclicele antagonizează efectul antihipertensiv prin împiedicarea încorporării medicamentului în neuronii adrenergici. Efectul antagonizării apare după 1—2 zile. Efectul hipotensiv al guanetidinei mai este antagonizat și de clorpromazina, haloperidol, tioxantene, amine simpaticomimetice (amfetamină, efedrină), metilfenidat. Neurolepticele acționează ca și antidepresivele triciclice, iar în cazul amfetaminei mai intervine probabil eliberarea guanetidinei din locurile unde s-a depozitat, în terminația neuronilor noradrenergici. Fenobarbitalul stimulează metabolizarea și diminuă eficiența digitoxinei, fiind necesare doze mai mari de cardiotonic în astfel de situații. Fenobarbitalul mărește metabolizarea hormonilor steroizi, putînd agrava crizele de astm la bolnavii tratați cu glucocorticosteroizi. 3). Interacțiunea unui medicament oarecare cu psihotropele, de exemplu inductorii enzimatici de tipul fenilbutazonei și al griseofulvinei, stimulează metabolismul și diminuă efectul terapeutic al antidepresivelor triciclice. 4). Interacțiuni medicamentoase care pot determina reacții adverse: a). Interacțiuni între psihotrope, de exemplu asocierea antidepresivelor triciclice cu IMAO poate genera stare de agitație, delir, convulsii, comă. Din acest motiv este necesar să se asigure o pauză de minimum două săptămîni între cele două categorii de medicamente. Asocierea IMAO (tranilciprominā) cu amine simpaticomimetice indirecte (amfetamina) produce cefalee, hipertensiune arterială, aritmii cardiace. Aceste asocieri sînt contraindicate.

Scanned with CamScanner

Efectele colinolitice (de tip atropinic) ale fenotiazinelor se pot suma cu cele ale antidepresivelor triciclice, agravînd efectele secundare. b). Interacțiuni între psihotrope și alte medicamente, de exemplu IMAO potențează acțiunea hipoglicemiantă a antidiabeticelor, clorpromazina potențează acțiunea insulinei. Diureticele, care determină depleție de Na și K, potențează toxicitatea sărurilor de litiu. 5). Interacțiuni medicamentoase determinate de modificarea metabolismului medicamentelor asociate au fost în parte arătate. Unele interacțiuni deosebite merită un comentariu mai amplu. Fenobarbitalul este cunoscut ca inductor enzimatic. Astfel, poate stimula propriul său metabolism, determinînd toleranță precum și metabolizarea altor medicamente cărora le reduce acțiunea (de exemplu anticoagulante de sinteză (Warfarin(R)), difenilhidantoină, griseofulvină, fenilbutazonă etc.). Inducția enzimatică mai intervine și în alte situații, fiind responsabilă pentru instalarea toleranței la o serie de medicamente hipnotice, tranchilizante etc. Întreruperea administrării unui psihotrop, în condițiile arătate mai sus, poate avea urmări dintre cele mai serioase. Astfel, întreruperea tratamentului cu barbiturice la un bolnav cu un regim stabilizat la anticoagulante poate duce la creșterea concentrației sanguine a anticoagulantului (Warfarin(R)) și apariția unor accidente hemoragice. Suprimarea bruscă a administrării fenobarbitalului în cazul asocierii cu difenilhidantoină, căreia îi stimulează metabolizarea, poate duce la intoxicație, datorită restabilirii metabolismului lent al fenitoinei, în lipsa inductorului enzimatic. În cazul indivizilor dependenți la diverse medicamente (v. TOXICOMANIE), întreruperea bruscă a administrării medicamentului respectiv determină apariția sindromului de abstinență. Inhibiția metabolizării medicamentelor poate determina, la rîndul său, o serie întreagă de interacțiuni. Astfel, disulfiramul poate inhiba metabolismul alcoolului, acționînd asupra aldehiddehidrogenazei (v. DISULFIRAM), dar acționînd și asupra altor sisteme enzimatice poate augmenta activitatea anticonvulsivantă a difenilhidantoinei. O serie de medicamente pot inhiba enzimele microzomale care metabolizează barbituricele, fiind posibilă accentuarea acțiunii acestora (antidepresivele triciclice, IMAO). Unele neuroleptice ca clorpromazina, perfenazina, haloperidolul, inhibă metabolizarea antidepresivelor triciclice, putîndu-se utiliza asociate în unele cazuri cu simptomatologie mixtă. 6). Interacțiuni dintre medicamente și alimente. Consumarea alimentelor care conțin tiramină (carne, caș, bere, vin roșu etc.) în timpul tratamentului cu IMAO

Scanned with CamScanner

determină acumularea tiraminei nemetabolizate. Aceasta fiind o amină simpaticomimetică indirectă determină eliberarea de noradrenalină responsabilă pentru declanşarea unei crize hipertensive severe. Există opinii după care „reacţia la caş" („cheese reaction"), determinată de tiramină în asociere cu IMAO, ar putea fi utilizată în tratamentul hipotensiunii posturale idiopatice. În acest sens, se recomandă consumarea caşului, ca sursă de tiramină, în cursul tratamentului cu tranilcipromină (Parnate(R)). 7). Interacţiuni între psihotrope şi etanol. În cazul utilizării simultane a alcoolului etilic şi a psihotropelor pot apărea fenomene de sinergism (potenţarea efectului deprimant al narcoticelor, hipnoticelor, sedativelor, neurolepticelor, tranchilizantelor, analgezicelor narcotice etc.) sau de antagonism cu excitante ale SNC (de tipul amfetaminelor şi cofeinei), care pot anihila, cel puţin parţial, acţiunea inhibitoare a SNC determinată de etanol. Lucrurile nu pot fi tratate schematic deoarece interacţiunea dintre etanol şi psihotrope îmbracă aspecte diferite, după tipul intoxicaţiei alcoolice (acută sau cronică), iar în intoxicaţia acută, după faza de acţiune a etanolului (pseudoexcitaţie sau inhibiţie). În intoxicaţiile acute cu etanol se produce sensibilizarea structurilor nervos centrale la acţiunile psihotropelor sau acţiunile acestora pot fi augmentate prin împiedicarea metabolizării lor (pseudopotenţare). Efectul sinergic apare atît la alcoolici cît şi la nealcoolici în această formă a intoxicaţiei. În alcoolism (intoxicaţie cronică), consumul repetat al etanolului poate determina o inducţie enzimatică, care reprezintă o formă de adaptare biochimică temporară faţă de acţiunea toxicului. De fapt se produce o toleranţă metabolică, care apare în urma stimulării sistemului microsomal de oxidare a etanolului (MEOS), cale suplimentară de metabolizare (pe lîngă cea principală reprezentată prin enzime NAD^+ dependente, cum sînt alcooldehidrogenaza şi aldehiddehidrogenaza). Activarea MEOS după consumul cronic de etanol este însoţită şi de inducerea altor constituenţi ai reticulului endoplasmatic, cum ar fi citocromul P—450, şi a altor enzime, care fac parte din sistemul de oxidare al medicamentelor. În concluzie, în alcoolismul cronic se produce autoinducţie, care determină augmentarea activităţii enzimelor pentru metabolismul propriu (ceea ce explică toleranţa la etanol), precum şi inducţia enzimelor care intervin în metabolizarea altor substanţe exogene sau endogene, avînd ca rezultat creşterea capacităţii de metabolizare a medicamentelor cu diminuarea efectului acestora (Kalant şi colab., 1976). În aceste condiţii alcoolicii, chiar în

Scanned with CamScanner

momentele de sobrietate, prezintă toleranță la o serie de medicamente. Se poate dezvolta chiar o toleranță încrucișată între etanol și unele medicamente (de exemplu, narcotice). La alcoolici are loc o metabolizare mai rapidă a unor medicamente (difenilhidantoina, morfina, tolbutamida). Antagonizarea efectelor alcoolului se poate realiza prin stimulante ale SNC. Antagonismul cofeină-etanol este revizuit critic de unii autori (Forney, 1972). În doze reduse, cofeina poate chiar potența acțiunea pseudoexcitantă a etanolului. Se pare că stimularea SNC, care implică modificarea comportamentală determinată de etanol, recunoaște o componentă β-adrenergică, care poate fi blocată eficient prin β-adrenolitice de tipul propranololului. Acesta este eficace și în stările de tensiune psihică sau anxietate din cadrul sindromului de abstinență la etilici. Probabil în această acțiune intervine și efectul tranchilizant al acestui medicament. Carlson (1976) a constatat că în stările de tensiune și anxietate, care însoțesc sindromul de abstinență, asocierea propranololului cu carbamazepina (Tegretol(R)) sau diazepam, dă rezultate bune (5).

INTRAPSIHIC, CONFLICT. Opoziția tendințelor afective, izvorîte din sfera instinctuală, față de normele etico-morale, sociale care formează eul social. Potrivit concepției psihanalitice, pulsiunile instinctive neconforme exigențelor socio-culturale, prin așa-numitul fenomen al cenzurii, sînt refulate, dar nu și lichidate. Din acest motiv, energia psihică, fie că este canalizată printr-un mecanism de „translație" spre realizări și satisfacții de altă natură (intelectuale, fizice, estetice etc.), fie că determină tulburări psihice de tipul neurozei sau chiar psihozei (v. PSIHANALIZA). (4)

INTERIORIZARE. Aspect al vieții psihice conștiente, manifestat prin gînduri, care nu se traduc imediat în fapte concrete, precise. Interiorizarea presupune o detașare de realitatea imediată, și o repliere psiho-afectivă. Durata I. este variabilă. Din punct de vedere psihologic, I. este un fenomen psihic normal, întîlnit la toate vîrstele. La copil, viața interioară, psihică este bogată în imagini pozitive sau negative, plăcute sau neplăcute, sursă a reveriilor fantastice sau refulărilor psihoafective. I. suferă modificări calitative în raport cu vîrsta și cu viața socio-familială. Pentru echilibrul psihic, I. are un rol important la unele categorii de profesioniști, la care detașarea nu este însoțită decît de o momentană izolare față de real, este comunicabilă dar și utilă pentru înfrumusețarea și îmbogățirea fondului spiritual al umanității. I. are și un versant patologic,

Scanned with CamScanner

apare la neurotici, psihastenici, iar autismul schizofren poate fi considerat drept forma sa cea mai gravă. (4)

INTERPRETARE. v. DELIR

INTOLERANȚĂ. v. EFECTE SECUNDARE sau REACȚII ADVERSE

INTOXICAȚII, TULBURĂRI PSIHICE ÎN. La fel ca și infecțiile. I. de orice natură ar fi, endogenă sau exogenă, pot declanșa tulburări psihice. De obicei, I. acute, masive, duc la instalarea unor tulburări psihotice de tip confuzional, în timp ce I. cronice, lente sau cu cantități mici realizează cu precădere sindroame neurastenice prelungite, întretăiate uneori de bufee psihotice, delirante sau confuzionale. *Etiologia* psihozelor toxice este foarte variată. Teoretic, toate substanțele chimice care, prin natura sau prin cantitatea în care sînt absorbite în organism exercită o acțiune masivă asupra acestuia, pot provoca tulburări psihice. I. pot fi accidentale, voluntare (în scop de suicid sau crimă), profesionale și terapeutice (prin supradozaj sau asociații medicamentoase incompatibile). Dintre I. accidentale se menționează: 1). *I. alimentare,* cu alimente alterate, cu ciuperci și cu secara cornută; *I. cu metale grele* (plumb, mercur), alcaloizi, arsen, fosfor, mangan, gaze toxice (oxid de carbon, vapori de benzină etc.). 2). *I. industriale* și *profesionale* sînt cele mai frecvente; ele se pot produce cu metale grele, metaloizi, săruri toxice ale acestora, dar mai ales cu gaze toxice și substanțe organice volatile. I. profesionale pot îmbrăca și o formă acută. 3). *I. medicamentoase* sînt frecvente și destul de variate; în majoritatea lor, acestea au un caracter acut, sînt voluntare sau accidentale (prin neglijență și supradozare); nu sînt rare nici I. medicamentoase cronice, în special la farmacodependenți. Se menționează: I. cu barbiturice, bromuri, psihotrope (tranchilizante), hormoni (cortizon, ACTH), amfetamină, psihodisleptice etc. Tabloul clinic îmbracă aspecte diferite: 1). În *I. acute,* tabloul psihic este zgomotos, bolnavul prezintă o stare de agitație confuzo-onirică, mai rar o stare de inhibiție, pînă la stupoare. Cînd I. este masivă, bolnavul intră rapid în comă, iar tulburările psihice se pot instala la ieșirea din starea comatoasă; bolnavul este dezorientat temporo-spațial sau fals orientat și prezintă o activitate onirică mai mult sau mai puțin intensă, în funcție de natura toxicului în cauză (v. PSIHOZA CONFUZO-ONIRICĂ), susținută de o activitate halucinatorie bogată. Halucinațiile și iluziile, plurisenzoriale, sînt predominant vizuale și au, de cele mai multe ori, un caracter terifiant. Ele pot avea chiar o oarecare specificitate în funcție de

Scanned with CamScanner

natura toxicului. Astfel, în alcoolism predomină zoopsiile, în cocainism, halucinații liliputane, în I. cu mescalină, halucinații vizuale panoramice. Halucinațiile din psihozele toxice, ca și cele din psihozele infecțioase au caracter caleidoscopic, se succed rapid, derutînd mult bolnavul, care participă activ la ele. Pe lîngă tabloul clinic de ansamblu din I. acute, se întîlnesc și tulburări psihice mai bine individualizate în raport cu agentul toxic. I. medicamentoase realizează obișnuit tablouri confuzionale de la obnubilare la comă, în funcție de doză și de medicament. Afirmația este valabilă în special pentru I. cu barbiturice, bromuri, psihotrope (neuroleptice, tranchilizante). Alte medicamente, ca digitala, ac. salicilic, atropina, beladona ș.a., dau tulburări confuzo-onirice, cu un onirism intens, halucinații și anxietate. Mai există și o a treia categorie de substanțe, care declanșează psihoze delirante; I. cu iod și iodoform, I. cu chinină (foarte frecventă la femeile tinere care ingeră doze mari de chinină în scop abortiv). Tot în această categorie mai intră I. cu hormoni corticosuprarenali (ACTH, cortizon) și cu unele amfetamine (amfepramona). 2). În *I. cronice*, tabloul clinic este mult mai estompat și mai omogen, caracterizîndu-se în principal prin astenie marcată, cefalee, somnolență diurnă, amețeli, scădere în greutate, diferite acuze somatice, cu caracter cenestopat; tulburările de memorie, în sensul unei hipomnezii, în special de fixare, sînt o regulă. În unele cazuri, poate apare chiar sindromul Korsakov (amnezia de fixare cu confabulație și polinevrită). (v. KORSAKOV, SINDROM). Examenul somatic evidențiază semne specifice ale intoxicației cu o anumită substanță, ca de ex. lizereul gingival și colica abdominală, în saturnism. Foarte frecvent se evidențiază tulburări neurologice, expresie a leziunilor centrale organice, tranzitorii sau pasagere, provocate de toxic. Se întîlnesc astfel: tremurături ale extremităților, tulburări ale ROT (exagerare, diminuare, abolire), semne neurologice de focar, nevrite periferice, sindroame extrapiramidale. *Diagnosticul* tulburărilor psihice din I. pune probleme dificile; el se face pe baza existenței sindromului confuzo-oniric. Diagnosticul etiologic nu este ușor; el are o mare importanță pentru aplicarea terapiei adecvate. *Diagnosticul diferențial.* Cînd bolnavul este în comă, diagnosticul diferențial se va face cu toate stările comatoase: vasculare, traumatice, I. endogene (uremie, diabet), infecțioase. Stările confuzionale de origine toxică vor fi diferențiate de cele de etiologie infecțioasă, traumatică, tumorală etc. În acest sens, de un mare ajutor pot fi relațiile anamnestice obținute de la aparținători, co-

Scanned with CamScanner

legi de muncă etc. Un diagnostic etiologic de certitudine se face prin dozări bio-umorale, cu ajutorul cărora se evidențiază agentul toxic în cauză. Evoluția psihozelor toxice propriu-zise, respectiv după depășirea fazei de comă din I. acute, este în general favorabilă. Tulburările psihice se mențin cîteva zile, mai rar săptămîni, după care diminuă treptat în intensitate și dispar, de obicei fără urme. Sînt și cazuri în care, datorită terenului modificat (vîrstă, o vulnerabilitate mare a SNC), evoluția se face spre o denivelare intelectuală progresivă, realizînd, în cele din urmă, sindroame demențiale cu atrofii corticale și subcorticale vizibile pe PEG. În cazurile în care există tulburări accentuate de memorie, în special de fixare la bolnavi mai vîrstnici, evoluția se face spre o psihoză Korsakov și de aici tot spre demență. *Tratamentul* psihozelor toxice are, în general, două laturi: un tratament etiologic, destinat contracarării efectelor toxice și eliminării agentului toxic din organism, și un tratament simptomatic. Acesta constă în asistența de urgență a I. acute și a stărilor comatoase: spălături gastrice cu soluții neutralizante, susținerea funcțiilor vitale prin analeptice cardiovasculare etc. Pentru tulburările psihice existente, se administrează fenotiazine sau butirofenone, în prezența unei agitații psihomotorii și psihotone (meclofenoxat, lucidril, reactian bimanol etc.), pentru cele cu inhibiție psihomotorie. În toate cazurile, tratamentul se va completa cu o vitaminoterapie masivă. (2)

INTRAPSIHICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

INTRASEXUALITATE, sin. HOMOSEXUALITATE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

INTUITIV, DELIR, HALUCINAȚII. v. DELIR și HALUCINAȚIE

INTUIȚIE DELIRANTĂ. Este o modalitate de cunoaștere ideo-afectivă directă și subiectivă, ce apare brusc, ca o revelație, aparent în absența oricărei motivări, a oricărei deducții raționale și în lipsa orcărui excitant senzorial. Ea este însoțită de o imediată și indestructibilă convingere ce nu mai necesită demonstrație sau verificare. I.D. poate fi retrospectivă sau anticipativă. Se consideră că I.D. apare pe un teren predispus la structurile hiperemotive, la anxioși psihastenici, dar mai ales la schizofreni. I.D. declanșează sau contribuie în mare măsură la cristalizarea unor psihoze delirante de la delirul sistematizat de interpretare, imaginativ sau pasional pînă la schizofrenia halucinator-paranoidă. (4)

Scanned with CamScanner

INVENȚIE, DELIR DE v. DELIR

INVERSIUNE AFECTIVĂ. Tulburare gravă a afectivității caracterizată prin modificarea sentimentelor și odată cu ele a întregii vieți psihice a bolnavului în sensul că persoanele care i-au fost apropiate, la care a ținut mai mult, sînt considerate dușmani și le urăște. I.A. apare mai ales în schizofrenie și poate duce la acte medico-legale, agresiuni sau crime. (7)

INVERSIUNE SEXUALĂ, sin. HOMOSEXUALITATE, URANISM, PEDERASTIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

INVOLUȚIE. Perioadă din viață cuprinsă între 45—65 ani, în care apare și se dezvoltă procesul general de regresiune, de îmbătrînire biologică, etapă premergătoare senescenței. Se admite că îmbătrînirea este un fenomen biologic normal și inevitabil viețuitoarelor; îmbătrînirea debutează lent, progresiv, insidios, reprezintă o perioadă de prefaceri, de regresiuni somatice și psihice, o veritabilă „încetinire" a proceselor, caracterizată prin pierderea „fluidității" ideice, lacune mnestice, fatigabilitate etc. Pe plan organic (somatic) se reliefează simptomele micilor insuficiențe viscerale: hepatice, cardiace, renale sau endocrine (andropauza, menopauza). În I. debutează demențe caracteristice (v. PICK și ALZHEIMER) sau psihoze cu evoluție nedemențială (mania și melancolia de involuție, delirul de prejudiciu etc.). Alteori, tulburările metabolice și de nutriție (ex. ASC, diabetul etc.) precipită instalarea unor modificări psihice durabile (neurastenie, demența ASC etc.). Nu toți psihiatri sînt de acord că trebuie pus un semn de egalitate între I. și presenilitate, deoarece I. poate să apară și în afara presenilității fiind determinată de factori independenți de vîrstă. (4)

INVOLUȚIE, DELIR DE. v. DELIR

IOFOFOBIE. v. FOBIE

IOHIMBINA (Yohimbina) este un alcaloid extras din scoarța de Corynanthe Yohimbe (din Africa de vest). Determină stimularea centrului reflex sacrat al erecției; blochează receptorii alfa-adrenergici, producînd vasodilatație în teritoriul pelvian și erecție. Pentru a obține efectul afrodiziac, sînt necesare doze mari, care sînt toxice. Dozele mici (0,003—0,015 g. pe zi) pot produce unele efecte terapeutice, după 2—3 săptămîni de tratament, în impotența funcțională psihogenă și neurastenia sexuală, dar se crede că în aceste situații intervine în mare măsură un efect placebo. (5)

IPOCONDRIAC, DELIR. v. DELIR

IPRONAL(R) (D_1H) este un preparat tipizat care conține ac. 5-alil-5-beta-hidroxipropilbarbituric, cu proprietăți tranchi-

Scanned with CamScanner

lizante, acționînd probabil asupra formației reticulare și hipotalamusului. I. este utilizat în tratamentul unor stări de anxietate, hiperexcitabilitate psihică, neuroze cu manifestări somatice (cardiovasculare, digestive etc.) tulburări de climacteriu, glaucom, cefalee, migrenă. Nu are proprietăți hipnotice. Poate irita tubul digestiv. Este contraindicat la gravide, precum și în caz de alergie la acest medicament sau la bolnavii cu afecțiuni hepatice și renale. Se administrează per os 50—100 mg. de 3 ori pe zi. (5)

IPSAȚIE, sin. MASTURBAȚIE, ONANIE, MONOSEXUALISM. Modalitatea autoerotică de satisfacere sexuală (v. PERVERSIUNI SEXUALE). (4)

IRASCIBILITATE. Tulburare afectiv-impulsivă, întîlnită la unii bolnavi psihici, pe fondul căreia se manifestă „accesele de mînie" („accese coleroase"), care se declanșează în condițiile unor factori de ambianță ce produc o contrarietate minimă și care la o persoană sănătoasă nu au nici o semnificație. I. se manifestă la bolnavii maniacali, în psihopatii, epilepsii cu tulburări psihice. (6)

IRITABILITATE. Stare psihică dominată clinic de o simptomatologie de tip excitabil cu note coleroase și reacții explozive sau prin euforie, asociată cu o excesivă stare de nerăbdare și neliniște motorie. Se întîlnește în neurastenie în cadrul sindromului de „slăbiciune excitabilă", în psihopatie sau stări psihopatoide și la epileptici. (6)

ISTERIE. I. este o formă de neuroză cu manifestări polimorfe psihice și somatice, care apare sub influența unor factori externi (psihogeni), dar întotdeauna pe fondul unor particularități de structură a personalității. Prima descriere este atribuită lui Hipocrate. O importantă contribuție o aduce Charcot (1860) prin aceea că oferă o descriere amănunțită a „crizei majore isterice". Babinski (1901) restrînge cadrul I. și contestă substratul organic atribuit bolii, pe care o consideră o stare psihică, datorată exclusiv sugestibilității crescute a bolnavului; tot el sugerează termenul de pitiatism. *Etiopatogenie.* Cauzele și substratul I. nu sînt suficient cunoscute. Sînt incriminați factori biologici, eredo-constituționali, neuro-fiziologici și psihogeni. Charcot și Willis consideră I. ca avînd un substrat organic lezional situat în diencefal. P. Janet (1892) credea că boala este o consecință a reducerii cîmpului conștiinței și a concentrării acesteia asupra ideii sugerate care devine astfel o „idee fixă", fiind, sub acest aspect, o varietate a psihasteniei cu deosebirea că în I. restrîngerea cîmpului conștiinței este cen-

Scanned with CamScanner

trată pe funcțiile psihice elementare și pe manifestările somatice. Pavlov (1932) presupune existența unui mecanism reflex condiționat, la I. predominînd primul sistem de semnalizare; I. s-ar datora unui proces de inhibiție corticală, frecvent întîlnit la tipurile „slabe" de SNC. Pentru Breuer și Freud cauzele și mecanismele de producere trebuie căutate în psihotraumele refulate în inconștient, simptomele clinice ale bolii fiind expresia simbolică a acestora. Manifestările clinice sînt variate, de la simple acuze neurotice pînă la tulburări psihotice. Polimorfismul simptomelor impune descrierea clinică pe categorii de manifestări, în funcție de apariția, durata și caracterul lor: 1). *Tulburări paroxistice* sînt cele mai frecvente și cele mai caracteristice. Apariția lor, de obicei bruscă, este aproape totdeauna declanșată de o psihotraumă sau un conflict. Din cadrul tulburărilor paroxistice fac parte: a). *Marea criză isterică* care seamănă cu criza epileptică. Declanșarea este bruscă, precedată sau nu de o „aură" isterică. Cînd există, aceasta constă din palpitații, tremurături, senzație de sufocare, tulburări de vedere, după care bolnavul cade și începe criza isterică propriu-zisă — bolnavul se trîntește la pămînt, prezintă o stare de agitație psihomotorie cu contracturi tonico-clonice, obnubilarea conștiinței, respirație neregulată, cu perioade destul de lungi de apnee, contorsiuni, atitudini pasionale, întretăiate sau nu de țipete, crize de rîs sau plîns. Durata unei asemenea crize este variabilă (minute — ore). Prin caracterul ei paroxistic și prin aspectul clinic asemănător epilepsiei, criza isterică majoră impune un diagnostic diferențial cu marea criză epileptică, diferențiere nu totdeauna ușor de făcut. Pentru I. pledează determinarea psihogenă a crizei (care apare după o psihotraumă sau o situație generatoare de conflicte și nemulțumiri), lipsa succesiunii riguroase a etapelor din criza epileptică majoră care sînt: strigătul inițial și pierderea cunoștinței, faza tonică, faza clonică (cu clonisme frecvente și de mică amplitudine la început și ample și din ce în ce mai rare, la sfîrșit) și faza de somn comatos cu amnezie lacunară consecutivă. Bolnavul isteric nu se lovește în cădere decît cu totul accidental, nu-și mușcă limba și nu are emisiuni involuntare de urină, semnele neurologice din criza epileptică, iar midriaza, semnul lui Babinski pozitiv, abolirea reflexelor, lipsesc; tulburările de conștiință din criza isterică nu depășesc decît rareori intensitatea unei obnubilări sau îngustări a cîmpului conștiinței, amnezia din criza isterică nu este niciodată totală, durata crizei isterice este obișnuit cu mult mai lungă, de ordinul minutelor, zecilor de

Scanned with CamScanner

minute sau orelor, față de durata crizei epileptice care este mult mai scurtă; în sfîrșit, crizele epileptice au o succesiune riguroasă a fazelor, indiferent de intervalul de apariție, pe cînd crizele isterice pot avea un aspect foarte diferit de la o criză la alta. Criza isterică se declanșează de obicei în prezența unui „public spectator", durata crizei fiind cu atît mai lungă cu cît bolnavului i se acordă mai multă atenție, pe cînd criza epileptică apare indiferent de împrejurări, chiar în locuri primejdioase pentru bolnav sau noaptea, și nu este influențată de prezența anturajului. Unii isterici care au asistat la crize epileptice sau la șocuri electrice pot mima o criză de epilepsie. b). *Criza isterică minoră* nu are caracterul dramatic al marei crize; bolnavul nu mai cade jos sau dacă o face, aceasta are un aspect teatral, demonstrativ. Ea este declanșată psihogen, principalele manifestări constînd din: paloare, senzație de sufocare și de nod în gît (globus histericus), tremurături, palpitații, transpirații reci, înțepături în membre, parestezii și pareze trecătoare, spasme și contracturi localizate la musculatura feței sau a diferitelor segmente corporale. 2). *Tulburările funcționale* de lungă durată constau din tulburări psihosenzoriale, neurovegetative și viscerale. Ele apar fie brusc, în legătură cu un moment psihogen, fie se constituie lent, progresiv, în cadrul unui tablou neurotic mai mult sau mai puțin structurat. Cele mai caracteristice sînt: a). *Paraliziile funcționale*, constînd în imposibilitatea executării unor mișcări voluntare cu anumiți mușchi sau grupe de mușchi, în absența unor semne de suferință neurologică. Dintre acestea foarte caracteristică este astazia, abazia. În clinostatism, mișcările voluntare, cu grupele musculare respective, sînt pe deplin posibile. Mai pot apare diferite monoplegii, paraplegii, sau hemiplegii, fără hipotonie, fără semne neurologice și cu o condiționare psihogenă evidentă. b). *Mutismul* sau *afazia isterică* apare ca urmare a unor spasme sau paralizii funcționale ale musculaturii organelor fonatoare; bolnavul fiind în imposibilitatea de a scoate sunete articulate sau de a vorbi cu voce tare (afonie). c). *Anesteziile* se asociază frecvent celorlalte simptome psihosenzoriale; caracteristica lor principală este nerespectarea zonelor de inervație anatomică a teritoriului respectiv (ex. este anestezia „în mănușă"). Ele pot fi tactile, termice, dureroase sau combinații ale acestora. d). *Tulburări senzoriale.* Cele mai frecvente sînt cecitatea și surditatea, numite și cecitate și surditate psihică, sau pseudosurditate și pseudocecitate, care apar după un stress emoțional puternic, fiind reversibile cu restitutio ad integrum, după o

Scanned with CamScanner

perioadă variabilă de timp. e). *Tulburări neurovegetative* și *viscerale*, se întîlnesc în tabloul clinic al I. și pot îmbrăca forma unor erupții cutanate curioase, edeme inexplicabile, vărsături incoercibile psihogene sau spasme glotice, spasme vaginale (dispareunie), retenție urinară, poliurie, tulburări trofice, anorexia mintală și altele. 3) *Accidente psihotice*. Manifestările isterice paroxistice pot îmbrăca tabloul unor tulburări psihotice de tip confuzional, stuporos, catatonic, oniric, stări crepusculare și stări secunde, sindromul Ganser, stări halucinator-paranoide și altele. Aceste manifestări sînt pe cît de imprevizibile pe atît de variate. a). *Stupoarea isterică* este o stare de inhibiție psihomotorie accentuată care poate fi consecința unei crize paroxistice sau se poate manifesta ca atare, după un moment psihotraumatizant. Bolnavul este inert, complet indiferent la cele ce se petrec în jurul lui, trăind impresia că este inconștient sau că doarme. Prezintă o hipoestezie senzorială, anestezie localizată, pareze sau paralizii. Mai apare hipotermie, hipotensiune, scăderea metabolismului bazal, amintind de somnul hipnotic profund. Bolnavul nu este însă total inconștient, reconstituind ulterior fragmentar cele întîmplate. Această stare poate avea o durată relativ lungă (cînd nu se intervine terapeutic prin metode adecvate), ridicînd probleme de diagnostic diferențial cu afecțiuni somatice (stări comatoase, intoxicații etc.). b). *Stări crepusculare și secunde*, se datoresc îngustării cîmpului conștiinței și pot avea intensitate diferită; ele urmează de obicei crizelor prelungite. Comportamentul bolnavului, uneori aparent normal, se bazează pe deprinderi automatizate și stereotipe, în care se poate recunoaște adesea trăirea unor scene imaginare. În aceste stări apar cazuri de automatism ambulator și fugi patologice. În cadrul stărilor secundare s-au descris „personalitatea alternantă" a istericului, acesta trăind două sau mai multe identități, una cea reală, din starea de veghe, alta (sau altele), imaginare, corespunzătoare stării de îngustare a cîmpului conștiinței. c). *Sindromul Ganser* apare tot în legătură cu manifestările paroxistice și poate fi interpretat în contextul îngustării cîmpului conștiinței. d). *Amneziile sistematice*, selective, tip Scotom, vizează doar un aspect al existenței bolnavului, și sînt de obicei în legătură cu elementul traumatizant. e). *Stări halucinator-delirante isterice* apar pe fondul unor modificări onirice ale conștiinței. Bolnavul prezintă iluzii și halucinații cu conținut mistic, erotic sau de altă natură, în fața cărora adoptă o atitudine extatică, de apărare sau de atac. În unele cazuri, aceste trăiri onirice pot fi însoțite de puternice stări de anxie-

Scanned with CamScanner

tate, cu agitație psihomotorie. 4). *Fondul personalității isteri-cului.* În realizarea tabloului clinic al isteriei un rol important îl joacă particularitățile de structură ale personalității premorbide, ceea ce explică de ce, în condiții psihotraumatizante relativ puțin intense, manifestările clinice sînt atît de diferite de la un bolnav la altul. Chodoff și Lyons (1958) reliefează următoarele trăsături: egocentrismul, labilitatea emoțională, caracterul infantil și artificial al emoțiilor, dependența afectivă, histrionism, frigiditate. Într-o formă mai atenuată aceste trăsături îmbracă forma imaturității psiho-afective, a dependenței sociale, a pasivității, cu sugestionabilitate crescută (Lempérière). Imaginația bogată, prezentarea teatrală, hiperexpresivă (joacă rolul unui personaj, real sau imaginar, cu care se identifică), disimulînd, în spatele unei fațade, inconsistența vieții sale afective. Caracterul elementar al acesteia rezultă din intensitatea descărcărilor emoționale, din aspectul lor supradimensionat, dublat de o componentă expresivă motorie (gesturi, mimică, atitudini etc.), demonstrînd natura lor mai mult instinctivă decît rațională (Kretschmer). Egoist și vanitos istericul simte nevoia să apară în ochii lui și ai altora mai mult decît este în realitate, folosind în acest scop mijloace, printre care exhibiționismul și extravaganța, minciuna, calomnia, lingușirea și dorința de parvenire ocupă un loc de frunte. Componenta narcisică a personalității manifestată prin supraevaluarea calităților și autoadmirația, precum și nevoia pe care o simte de a fi mereu în centrul atenției, face din isteric un dependent social, existența anturajului fiind pentru el un lucru esențial. Sugestibilitatea conferă istericului un grad de psiho-plasticitate și o lipsă de identitate personală autentică, care-i permite o acomodare relativ ușoară în situații diferite. *Evoluție, prognostic.* Evoluția I. este periodică, prin episoade care apar în legătură cu factori psihotraumatizanți: decepții, eșecuri, dificultăți, stări conflictuale. Forma clinică de manifestare nu este însă totdeauna aceeași pentru un bolnav, existînd diferențe apreciabile în bogăția și varietatea simptomelor de la o criză la alta. Apariția crizelor este favorizată și de cele două momente critice în evoluția personalității: pubertatea și climaxul. Prognosticul este în general favorabil. *Diagnosticul* pozitiv se pune pe baza manifestărilor clinice care apar în legătură evidentă cu un moment psihogen. *Diagnosticul diferențial* se va face în funcție de natura manifestărilor clinice cu: epilepsia, sindroame organice centrale (ex. neurologic tranșează diagnosticul) schizofrenia, psihoze toxice și infecțioase. Uneori diagnosticul diferențial

Scanned with CamScanner

poate fi dificil, știut fiind faptul că schizofrenia, uneori, debutează printr-un tablou pseudoneurotic, care poate fi și unul de aspect isteric. Epilepsia ridică de asemenea probleme dificile de diagnostic diferențial. Sînt bine cunoscute cazurile de crize comițiale „atipice" la un epileptic, diagnosticate ca atare, încă din timpul lui Charcot, adoptîndu-se pentru acestea termenul de histero-epilepsie. Deși terminologia este astăzi contestată (Sutter, Scotto, Blumen), se admite că există o asociere a acestor două boli, asociere care nu se datorește unei simple coincidențe ci vulnerabilității crescute a personalității epileptice la psihotraume. Tratamentul vizează în primul rînd rezolvarea episoadelor paroxistice; aceasta se poate face prin metode fizice, psihice, asociate cu medicație neuroleptică. Mijloacele fizice constau din stimularea unor regiuni sensibile (zone histeriogene) cu curenți faradici (torpilaje) sau din injectarea de soluții sterile hipotone (apă distilată) intradermic în regiunea periombilicală, torace, membre, zonele supraorbitale sau în regiunea cervicală. Acțiunea favorabilă se poate explica prin faptul că acest excitant puternic dureros creează un nou focar de excitație corticală, care, pe baza legii dominantei lui Uthomski, inhibă focarul creat de elementul psihotraumatizant. Alte păreri acordă acestei metode o valoare pur sugestivă. Neurolepticele prin efectul lor sedativ, deconectant și anxiolitic influențează rapid criza. Etapa terapeutică următoare este complexă, axată pe descifrarea problematicii și a naturii psihotraumatizante a conflictului, precum și pe găsirea unor soluții adecvate de inserție socială a istericului în funcție de aptitudinile și năzuințele sale. Aceste deziderate pot fi atinse numai printr-o psihoterapie de cursă lungă, individuală sau de grup, facilitată de aportul psihotropelor. (2)

ISTERO-EPILEPSIE. Termen ce definește o serie de manifestări de tip isteric care se pot întîlni la unii epileptici. Se consideră că relația principală constă în apariția unei simptomatologii isterice la un epileptic și nu a unor aspecte clinice epileptiforme la un isteric. În fond este vorba de o simptomatologie clinică intricată, a manifestărilor paroxistice epileptice cu manifestări clinice isterice ce pot apare alternant, ca un fenomen postcritic, sau sub forma unor episoade de tipul automatismului sau a unei stări crepusculare, care prin caracterele clinice ar aparține unei tulburări psihice după model isteric. În acest context, unii autori vorbesc de „epilepsie afectivă" pentru a desemna manifestările de tip neurotic la epileptici. Analiza clinică a simptomatologiei, coroborată cu examenul

Scanned with CamScanner

psihologic și cu investigațiile EEG, reprezintă factori de bază în vederea interpretării corecte a simptomatologiei istero-epileptice. (6)

ITERAȚIE. Este o anomalie a reglării psihomotorii, care constă în repetarea imediată a unui act motor sau verbal. I. este asemănătoare fenomenului de stereotipie. Cele mai frecvente I. sînt: palilalia, palilogia, paligrafia și palikinezia. I. apare și în gîndire (în limbajul interior). În psihiatrie se întîlnește mai ales în schizofrenie, demențe presenile, epilepsie, psihoze confuzionale. (4)

IZOCARBOXAZID. v. IMAO

IZOELECTRIC (EEG). Absența activității bioelectrice cerebrale pe o derivație EEG, ce se exprimă grafic printr-o linie continuă. (6)

IZOLARE. Sensul cuvîntului este variabil; el se referă la circumstanțe mai puțin obișnuite de viață, naufragiu, misionarism, detenție etc. situații de fapt fortuite, dar în general bine suportate. I. poate fi de asemenea simptomul unei boli, mai ales a schizofreniei și depresiei. Structurile psihastenice, narcisice, schizoide conțin, ca element important al modalității lor expresive, și I. Motivația în apariția I. este diferită: vanitate, neîncredere, pierderea elanului vital etc. I. mai poate constitui și o metodă terapeutică specială, valabilă în anumite situații (anorexii mintale, crize isterice majore, farmacodependență etc.). (4)

Scanned with CamScanner

JAMAIS VU. Tulburare de memorie în care este blocat mai ales mecanismul evocării, astfel că bolnavul nu mai recunoaşte prietenii, rudele, familia şi vorbeşte cu ei de parcă atunci i-ar vedea pentru prima oară. J.V. apare în stări confuzive, epilepsie, traumatism cranio-cerebral, schizofrenie, psihoze presenile, senile etc. (7)

JANSKY-BIELSCHOWSKY, BOALA LUI. Jansky (1910) şi Bielschowsky (1914) au descris o formă de idioţie cu debut la copii în vîrstă de 3—4 ani. Boala este în mare măsură asemănătoare cu boala lui Tay-Sachs, cu toate că debutul său este mai tardiv. (7)

JARCONAFAZIE. Tulburare de limbaj care constă într-o exprimare neinteligibilă formată din sunete, silabe fără semnificaţie şi ca atare lipsite de mesaj. J. apare în afazia motorie, demenţe, intoxicaţii etc. (7)

JARGONOGRAFIE. Tulburare de scris de ordin caligrafic şi psihografic, în care sînt alterate semnificaţiile cuvintelor, astfel că frazele nu mai au nici un fel de înţeles. J. survine în stări demenţiale. (7)

JARGONOMIMIE. Tulburare de expresie mimică, fără corespondent şi fără valoare de semnalizare sau de corelare cu trăirea personală. J. survine în stări catatonice, stări confuzive etc. (7)

JARGONOREE. Logoree la un afazic senzorial care prezintă jargonafazie (Lăzărescu-Broşteanu). (7)

JOCOTERAPIE, sin. LUDOTERAPIE. v. LUDOTERAPIE

JUVÉNINE(R) este un preparat tipizat sub formă de drajeuri şi fiole care conţine metilarsinat de iohimbină, metilarsinat de stricnină şi metiltestosteron, fiind indicat în stări de epuizare fizică şi psihică, neurastenie sexuală. Se administrează fie numai per os, de trei ori 1 drajeu pe zi, fie această formă de utilizare se combină cu administrarea s.c. a unei fiole, la două zile. (5)

Scanned with CamScanner

KANDINSKI-CLÉRAMBAULT, SINDROM. Schematic elementele S.K.-C. pot fi încadrate în una din cele trei forme ale automatismului ideo-verbal (sau asociativ), senzorial-senzitiv, şi motor (sau kinestezic). Automatismul ideo-verbal ar fi aspectul cel mai important al sindromului, după Clérambault. Aici se încadrează o serie de tulburări ale gîndirii şi limbajului interior, ca enunţarea şi comentarea actelor şi gesturilor bolnavului, ecoul gîndirii şi al lecturii, sentimentul de ghicire a gîndurilor, furtul gîndirii, influenţa exterioară (xenopatică), înstrăinarea gîndirii proprii şi prezenţa gîndurilor impuse din afară. Pot să apară izbucniri necontrolate, involuntare, de idei, de gînduri, trăite de subiect cu detaşare, alcătuind mentismul xenopatic. În acest sindrom sînt cuprinse şi pseudohalucinaţiile descrise de Kandinski (1881). Automatismul senzorial şi senzitiv este constituit din date false extero-intero- sau proprioceptive, o adevărată parazitare a percepţiei normale (imagini colorate, mirosuri greţoase, gusturi bizare, senzaţii tactile de iritaţie sau prurit, tulburări cenestezice, de tipul parestezilor, algiilor, spasmelor etc. (H. Ey). Automatismul psiho-motor se referă la aşa-zisele halucinaţii psiho-motrice (descrise de Séglas) sau pseudohalucinaţii motorii şi verbo-motorii, în care apare senzaţia de mişcare, impusă, forţată (la muşchii feţei, gîtului, membrelor) şi de articulaţie verbală forţată (la nivelul limbii, buzelor, laringelui, toracelui). S.K.-C. ar fi însoţit de delirul de influenţă (după Snejnevski), de amintiri pseudo-halucinatorii şi de tranzitivism. Cel mai adesea, el apare în schizofrenie, în psihozele delirante cronice, psihoze de involuţie, psihoze senile. (3)

KENOFOBIE, sin. AGORAFOBIE. v. FOBIE

KENOGLOSIE. Tulburare de limbaj, caracterizată prin pierderea semnificaţiei cuvintelor; bolnavul de fapt cînd vorbeşte expune doar grupaje de sunete, de obicei în mod automat. K. apare în stările comatoase, demenţe etc. (7)

KINETOZĂ, sin. OCOPAŢIE. Afecţiuni grupate în domeniul limitrof al neurozelor, K. se caracterizează prin tulburări neurovegetative, cauzate de prezenţa unei mişcări neuniforme produse de un mijloc oarecare de transport. Din K. fac parte

Scanned with CamScanner

răul de avion, răul de mare, răul de mașină etc. *Etiopatogenie.* Particularitățile persoanei la care apare K. se caracterizează printr-o labilitate neurovegetativă, de multe ori asociată cu anxietate și tendință la preocupări și prelucrări cenestopate. Această structură neurotică instabilă a persoanei permite precipitarea unei K. în prezența unor factori predispozanți, cum ar fi migrena, alergia, astmul, bolile gastro-intestinale cu evoluție prelungită, hepatita cronică. Sjöberg consideră că tulburările vestibulare joacă un rol major în apariția și dezvoltarea K., ele declanșînd întregul cortegiu de manifestări neurovegetative (Spiegel). *Simptomatologie.* Boala are un debut progresiv de instalare a tulburărilor în decurs de 10′—30′ de la pornirea vehiculului. După V. Grigorescu (1976), simptomele cele mai frecvent întîlnite sînt: grețuri, cefalee, vertij, paloare, transpirații, vărsături, sialoree. Tabloul clinic este completat, de la caz la caz, cu o serie de tulburări accesorii ca: tahicardie, sialoree, hipotermie, crampe, algii difuze, neliniște, tremurături fine etc. Pe baza simptomatologiei, V. Grigorescu, Mihăilescu au descris forme digestive de K (severe, medii, ușoare) și forme cu manifestări predominant psihice: anxietate, dislalie, oscilații timice, instabilitate, hiperestezie etc. K. are în general o evoluție și un prognostic bun. *Profilaxia* K. constă într-o prealabilă pregătire și antrenament a persoanelor susceptibile (psihoterapie individuală, de grup, tranchilizante minore). *Tratamentul* se bazează pe utilizarea psihotropelor, de obicei fenotiazine (clordelazin, tioridazin, propericiazin) și a produselor anticolinergice (Bergonal, Fobenal, Lizadon) la care se adaugă regim și o psihoterapie centrată pe relaxare, deconectare. (7)

KINDUNOLAGNIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

KINESTEZICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

KINETOPSIE. v. ILUZIE

KINEZIFOBIE. v. FOBIE

KLEIN-LEWIS, SINDROM. Caracterizat prin episoade de apetit exagerat (bulimie), episoade precedate și urmate de somnolență, depresie și inapetență. El apare la adolescenți, uneori în faza de bulimie se constată și o exagerare vădită a comportamentului sexual. (7)

KLINENFELTER, SINDROMUL LUI. Este datorat unei anomalii cromozomiale de tipul trizomiei; numărul total al cromozomilor este de 47 din care 44 cromozomi autozomali și 3 cromozomi sexuali, dispuși în formule XXY. Genetic, bolnavii pot fi considerați ca fiind de sex masculin dar cu un cromozom X în plus sau de sex feminin, cu un cromozom Y

Scanned with CamScanner

supranumerar. Purtătorii acestei anomalii sînt bărbaţi care clinic prezintă o slabă dezvoltare a caracterelor sexuale primare şi secundare, sterilitate, eunucoidism, ginecomastie şi un deficit intelectual de intensitatea debilităţii mintale. Frecvenţa S.K. atinge 1—3% din totalul persoanelor de sex masculin cu sterilitate primară; diagnosticul se precizează cu ajutorul formulei cromozomiale. (2)

KLOPROMEX. v. CLORPROMAZINA

KLÜVER-BUCY, SINDROM. Cercetat şi identificat experimental la maimuţele care au suferit de lobectomie temporală bilaterală, sindromul K.-B. se caracterizează prin cecitate psihică, bulimie, hipersexualitate şi tendinţa de a duce la gură orice fel de obiecte. În plus, se constată o aplatizare emotivo-afectivă. Sindromul K.-B. apare în encefalite hepatice, boala lui Alzheimer, boala lui Pick, precum şi în cazul leziunilor bilaterale de lob temporal. (7)

KOJEVNIKOV, EPILEPSIA. v. EPILEPSIE KOJEVNICOV

KORSAKOV, SINDROM. Caracterizat prin dezorientare temporo-spaţială (de intensitate variabilă) pe fondul căreia apare amnezia lacunară (de tip antero-retrograd) şi confabularea. Sindromul K. apare în alcoolismul cronic, în psihoze infecţioase confuzive, în intoxicaţiile profesionale, în farmacodependenţe, în psihoza presenilă, precum şi în tr.cr.cr. În sindromul K. apar o serie de particularităţi specifice cadrului nozografic. Astfel, dacă în alcoolism, amnezia este de obicei intensă şi pe prim plan, în schimb în formele infecţioase, tulburările de conştiinţă invadează tabloul clinic, în psihozele senile excelează confabularea, iar în tr.cr.cr., apatia şi sărăcia confabulaţiilor sînt cele mai caracteristice elemente. Prognosticul este de obicei rezervat, de cele mai multe ori reversibilitatea rămîne doar parţială. (7)

KRAEPELIN, Emil (1856—1926). 1). Boala lui K., sin. CATATONIE TARDIVĂ (descrisă în 1911) se caracterizează prin debut în presenilitate şi predominanţa tulburărilor psihomotorii de tip catatonic asociate cu instalarea rapidă şi progresivă a stării demenţiale cu tulburări de limbaj, anxietate şi depresie. 2). Clasificarea lui K., una din cele mai cunoscute şi clare modele de grupare a bolilor psihice, ţinînd seama mai ales de simptomatologie şi etiopatogenie; 3). Semnul lui K. apare în schizofrenie şi se caracterizează prin sugestibilitate şi automatismul de comandă (ex. la cererea repetată de a scoate limba pentru a fi înţepată, bolnavul nu opune nici o rezistenţă şi execută fără şovăire ceea ce i se cere). (7)

Scanned with CamScanner

LABILITATE. În psihopatologie, termenul se referă la modificările și dinamica afectivității (mai ales a emoțiilor), caracterizate prin treceri rapide, cel mai adesea nemotivate, de la o stare la opusul ei (de ex. de la rîs la plîns). L. este caracteristica ASC (la pseudobulbari mergînd pînă la „incontinența afectivă"); mai puțin pronunțată L. poate să apară însă și în psihopatie, nevroză, cerebrastenie. (3)

LABORATOR DE Psihoprofilaxie (L.P.P.) Formă modernă de asistență psihiatrică instituționalizată, care are ca scop apropierea asistenței de specialitate de teren, constituind astfel veriga de legătură între spital și ambulator. Conform indicațiilor M.S. (Bul. M.S. nr. 5 din 1974), L.P.P. acordă asistență psihiatrică și dispensarizează bolnavii psihici în condiții de ambulator sau staționar de zi. Activitatea este asigurată de o echipă polivalentă, formată din psihiatri, psihologi, defectologi, asistente sociale, jurist, într-un spațiu anume destinat (apropiat de spitalul de psihiatrie sau de policlinică). Activitatea L.P.P. este complexă, depășind modul clasic de asistență prin introducerea psihoterapiei, socioterapiei, cultterapiei și, în general, a terapiei ocupaționale sub toate aspectele posibile. Scopul principal este depistarea precoce a bolilor psihice și asigurarea tratamentului complex corespunzător mai ales de postcură, prevenirea „recăderilor", crearea premiselor pentru reabilitare a bolnavilor și reîncadrarea în muncă, o bună și operativă evidență a morbidității. L.P.P. este profilat pe adulți și copii, ca unități independente. În cadrul L.P.P. funcționează staționarul de zi, care preia o parte din cazurile decompensate, asigurînd tratamentul necesar, descongestionînd în felul acesta serviciile cu paturi și oferind bolnavilor o cale modernă de revenire progresivă în ambianță socio-profesională. (4)

LACTAȚIE, MATERNITATE, tulburări psihice legate de.

Scanned with CamScanner

L-DOPA (Dopar(R), Larodopa(R), Levodopa(R)) este precursorul metabolic al dopaminei, în care se transformă la nivelul barierei hematoencefalice şi în SNC. Prin administrarea de L-Dopa se urmăreşte refacerea deficitului de dopamină din striat, modificare care este incriminată în patogenia bolii lui Parkinson (Birkmayer şi Hornykiewicz, Cotzias şi colab.). Acest medicament substitutiv ameliorează, pentru o perioadă de timp, unele simptome (akinezia şi rigiditatea) din boala lui Parkinson şi parkinsonismul postencefalic. Nu are eficacitate în tulburările extrapiramidale determinate de neuroleptice. L-Dopa poate determina numeroase efecte secundare care constau din tulburări digestive (greaţă, vărsături, diaree sau constipaţie), cardiovasculare (hipotensiune ortostatică, aritmii cardiace, colaps), tulburări neurologice (mişcări stereotipe involuntare, ataxie, convulsii), tulburări psihice diverse, libidou crescut, deprimarea seriei albe etc. Este contraindicat la gravide şi în perioada de lactaţie, în afecţiuni endocrine, ulcer gastroduodenal, afecţiuni cardiace decompensate, boli hepatice, renale psihoze, glaucom. Nu se poate asocia cu IMAO, simpaticomimetice, piridoxină şi afla-metildopa. *Preparate. Posologie.* Diversele produse (Dopar(R), Larodopa(R), Levodopa(R), Levopa(R), L-Dopa(R)) sînt similare ca şi compoziţie chimică, diferind doar prin conţinutul în substanţă activă (100—500 mg pe comprimat). La început se administrează 250 mg pe zi, după care se ridică treptat doza, în funcţie de toleranţa individuală. Dozele medii eficace se situează între 3—6 g pe zi, repartizate fracţionat, în timpul meselor. Tratamentul este de durată (substitutiv). Nu toţi bolnavii reacţionează favorabil. Pentru a diminua toxicitatea substanţei se recurge la administrarea asociată de L-Dopa cu inhibitorii dopa-decarboxilazei extracerebrale. În felul acesta, L-Dopa se va transforma în dopamină numai sub acţiunea dopadecarboxilazei din SNC, ajungînd deci în concentraţii mai mari în striat. Pe de altă parte, prin astfel de combinaţii se vor obţine ameliorări după doze reduse de L-Dopa (de ex. 600 mg pe zi). Datorită faptului că nu se produce dopamină la periferie se reduce simţitor incidenţa efectelor secundare. Astfel de combinaţii sînt realizate în preparatele Madopar(R) (L-dopa plus Benserazidă), Sinemet(R) (L-Dopa şi Carbidopa) etc. (v. MADOPAR şi SINEMET). (5)

LAFORA. Formă particulară de epilepsie mioclonică progresivă malignă, în care apar o serie de tulburări psihice cum ar fi: halucinaţii polisenzoriale, stări confuzo-onirice, bradipsihie, degradare intelectuală progresivă (Marchais). (7)

Scanned with CamScanner

LALIFOBIE. v. FOBIE

LAMBDA-EEG. Tip de undă EEG de aspect ascuțit și durată scurtă (1/10 sec), cu polaritate pozitivă, ce se înregistrează din regiunile occipitale, ca urmare a unei excitații vizuale. (6)

LAMBDACISM. Tulburare de limbaj vorbit, caracterizat prin imposibilitatea pronunțării consoanei „L". (7)

LANGDON-DOWN, BOALA LUI. Formă particulară de oligofrenie descrisă de L. Down (1866). *Etiologie.* Astăzi se știe că această boală se datorește unei anomalii cromozomiale și anume prezența unui cromozom suplimentar atașat perechii 21 (Lejeune în 1959). Această trizomie cromozomială este provocată de acțiunea unor factori externi nocivi. Cei mai frecvenți factori care produc B.L.-D. sînt: embriopatiile toxiinfecțioase, alcoolismul cronic (în special al mamei), tulburări endocrine, anomalii în nidarea oului. S-a insistat asupra observației, făcute de Bleyer (1939), referitoare la frecvența ridicată a bolii printre copiii născuți de mame cu vîrstă înaintată. Cercetări recente (Barbara Crandol, 1974) constată o frecvență a sindromului L.-D. de 1/2000 din nașteri, cînd vîrsta maternă este de 20 ani, și 2—3%, cînd vîrsta mamei se apropie de 45 ani. Se estimează că 1/700 din noii născuți este purtător al unei trizomii 21. Genetic există două forme de sindrom L.-D.: prin existența unui cromozom suplimentar atașat perechii 21 (47 cromozomi, trizomie la perechea 21) și anomalii de structură a cromozomilor. În cazul din urmă, denumit translocație, există doar 46 cromozomi, cromozomul suplimentar fiind atașat unui cromozom din perechea 14 sau 9, cu care face corp comun. Frecvența cea mai mare o are B.L.-D. prin trizomie, aceasta reprezentînd 94,8% din cazuri față de numai 5,2% cît reprezintă fenomenul de translocație. Cunoașterea mecanismului de producere a sindromului (trizomie sau translocație) are importanță, deoarece, spre deosebire de trizomie, unde boala se moștenește într-un procent de aproximativ 1%, în B.L.-D. prin translocație, transmiterea la urmași atinge 33%. Acest fapt este cu atît mai important cu cît mamele purtătoare a fenomenului de translocație sînt de multe ori aparent sănătoase, dar pot da naștere unor copii cu B.L.-D. Cînd mama este purtătoare de translocație, 50% din copii vor moșteni translocația, dar numai 10—15% vor prezenta un B.L.-D.; cînd tatăl este purtătorul translocației, aceasta se moștenește tot în proporție de 50%, însă boala apare numai în 4% din cazuri. Pentru prevenirea nașterii unui copil

Scanned with CamScanner

anormal, azi se practică aminocenteza. *Descriere clinică.* Boala poate fi recunoscută din primele luni după naștere, fiind caracterizată printr-o întîrziere în dezvoltarea psihomotorie: copilul este apatic, nu manifestă interesul pe care-l are un copil normal pentru stimulii externi, rîsul este slab, inexpresiv. El stă în poziție șezîndă și merge cu multă întîrziere. Copiii învață să vorbească foarte tîrziu și cu mare greutate. Aspectul somatic, după primul an de viață, este caracteristic: craniu mic, cu diametrul A.P. redus, față rotundă, expresia ștearsă. Ochii au un aspect particular, cu îngustarea fantei palpebrale la extremități, lăsînd impresia unei poziții oblice. Se constată de asemenea și prezența unei a 3-a pleoape — epicantus; foarte frecvent apare un strabism convergent, cu nistagmus. Pleoapele, în special cele inferioare, sînt îngroșate, adesea infectate și cu genele rare, nasul este turtit, gura mică, veșnic întredeschisă, prin care se vede o limbă îngroșată, cu striurile exprimate (limbă scrotală). Urechile prezintă malformații și, uneori, sînt anormal plasate. Membrele sînt scurte în raport cu trunchiul și prezintă frecvent malformații ale degetelor (sindactilie și polidactilie), precum și dermatoglife anormale. Abdomenul este destins, cu un perete abdominal subțire, ceea ce face ca herniile ombilicale să fie un lucru obișnuit. Bolnavii sînt purtătorii și a altor malformații ale organelor interne: diverse cardiopatii congenitale, anomalii ale tractului gastrointestinal, megacolon congenital (boala lui Hirschprung) etc. Tulburările psihice constau într-o nedezvoltare intelectuală de intensități diferite. Contrar etichetei pe care o poartă, idioția, în această boală este destul de rară; bolnavii prezentînd de obicei tabloul unei imbecilități sau chiar al unei debilități mintale, (proporția de imbecilitate este de 60%, idioție, 25%, debilitate mintală, 15%). Obișnuit oligofrenii cu B.L.-D. sînt de tip armonic: liniștiți, afectuoși, sensibili, ascultători, se întîlnesc, rareori însă, și cazuri cu tulburări de comportament: agresivitate, instabilitate emoțională, negativism. *Diagnosticul* pozitiv al retardării intelectuale se face pe baza examenului clinic care evidențiază deficitul cognitiv; în cazurile limitrofe se poate recurge și la testări psihologice. *Diagnosticul diferențial* se face cu alte oligofrenii; criteriul de diferențiere constînd mai ales în caracterele somatice particulare sau în determinarea cariotipului. *Evoluția.* Deficitul intelectual se poate accentua sau compensa într-o mică măsură. *Prognosticul* rămîne rezervat, datorită malformațiilor și a unei rezistențe scăzute la boli intercurente; mortalitatea este de 6 ori mai ridicată decît la

Scanned with CamScanner

populația normală. *Tratamentul* recomandat este de cele mai multe ori paleativ; el constă din măsuri igienice și psihopedagogice. Tratamentul medical se reduce la stimularea dezvoltării corporale la copil, prin administrarea de hormoni tiroidieni, gonadostimuline, suport energetic cerebral, acid glutamic, centrofenoxină etc. Măsurile psihopedagogice diferențiate după intensitatea deficitului intelectual vizează, după caz, o școlarizare elementară, învățarea unor deprinderi practice simple și utile sau crearea unor reflexe condiționate simple. *Tratamentul profilactic*. Datorită progreselor realizate de genetică, astăzi a devenit posibilă depistarea precoce atît a riscului genetic cît și a copiilor purtători de anomalii cromozomiale încă din viața intrauterină, evitîndu-se astfel nașterea unui copil cu boala lui L-D. Aceasta se face prin studiul cariotipului părinților cu antecedente încărcate, determinarea coeficientului de risc pentru copii (sfat genetic). Pentru sarcinile în curs, se practică amniocenteza și determinarea cariotipului fătului din lichidul amniotic. În cazurile în care se găsesc anomalii, se recomandă întreruperea cursului sarcinii. (2)

LARGACTIL. v. CLORPROMAZINĂ

LARINGOSPASM, sin. SPASM GLOTIC, SPASM LARINGIAN. Modificări funcționale care interesează mai ales mușchii glotei și au ca rezultat disfonia și dispneea. L. apare în stări tensionale, isterie, neuroză cenestopată, schizofrenie. (7)

LAUDANOSINA. v. OPIU

LAURENCE-MOON-BIEDL-BARDET, SINDROMUL LUI. Autorii au descris o formă de distrofie adiposo-genitală caracterizată prin obezitate, hipogenitalism și diabet insipid, ca urmare a unei hipofuncții hipofizare. Boala debutează în copilărie și are caracter familial, fiind atribuită unei gene recesive. În afara sindromului adiposo-genital, bolnavii mai prezintă o retinită pigmentară, cu diferite grade de defecte vizuale, polidactilie și sindactilie, precum și un deficit intelectual de intensitate medie. Boala este foartă rară. (2)

LENIERRE-BOLTANSKI-JUSTIN-BESANÇON, SINDROM. În 1937 a fost descris sindromul L.B.J.B. ca o formă clinică particulară de psihoză polinevritică alcoolică la femei, avînd drept element caracteristic asocierea sa cu tuberculoza pulmonară (Feighin). (7)

LENTIZOL. v. AMITRIPTILINA

LESBIANISM, sin. SAFISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

Scanned with CamScanner

LEPTRYL. v. PERIMETAZINA

LETARGIE. Aspect clinic întîlnit în hipersomniile simptomatice care, din punct de vedere gradual, au ca limite extreme somnolența și coma. L. este o hipersomnie simptomatică gradual mai profundă, din care bolnavul poate fi trezit pentru un interval scurt de timp, ca urmare a aplicării unor excitații intense. L. are o durată variabilă, un debut brusc sau progresiv și diverse posibilități evolutive: regresie bruscă sau progresivă, eventual cu manifestări de hipersomnie reziduală diurnă sau nocturnă, sau uneori cu evoluție spre comă. (6)

LETHIDRONE, v. NALORFINA

LETOXAN. v. BROMAZEPAM

LEXOTANIL. v. BROMAZEPAM

LEUCOTOMIE. Metodă psihochirurgicală care constă în secționarea unor fascicule talamo-frontale, în scopul ameliorării unor psihoze grave (schizofrenie, parafrenie etc.). Metoda a fost imaginată de psihiatrul portughez E. Monitz (1936); ea a cunoscut o răspîndire pînă la apariția psihofarmacologiei moderne care a restrîns foarte mult metodele de tratament chirurgical (v. PSIHOCHIRURGIE). (2)

LEVALORFAN (Lorfan(R)) este un derivat de N-alilmorfinan care antagonizează acțiunea deprimantă a morfinei și a derivaților acesteia asupra respirației, fiind eficace în supradozarea medicamentelor menționate (intoxicație). L. se mai poate utiliza pentru prevenirea depresiei respiratorii în cazul administrării analgezicelor narcotice preoperator, postoperator, în analgezia obstetricală etc. L. nu are proprietăți narcotice. Nu influențează efectul analgezic al morfinei. L. nu are acțiune în cazul deprimării centrului respirator prin supradozarea narcoticelor sau a barbituricelor. Preparatul Lorfan(R) conține pe fiole (1 ml) 1 mg tartrat de levalorfan. Pentru antagonizarea efectului de deprimare respiratorie a opiaceelor, L. se poate utiliza ținînd seama de următoarele proporții: 1/50 față de morfină (de ex. 0,3 mg levalorfan/15 mg morfină); 1/100 față de petidină (de ex. 1 mg levalorfan față de 100 mg petidină). L. se administrează pe cale i.v., efectul său începînd după cca 1 minut și durînd cîteva ore (2—5). În cazurile în care nu se cunoaște doza de analgezic narcotic, care a determinat intoxicația, se va injecta i.v. 1 mg L. Dacă se produce ameliorare, se mai pot administra încă 1—2 doze suplimentare de 0,5 mg, la 10 minute interval. În intoxicațiile profunde este necesară aplicarea mijloacelor de terapie intensivă (respirație artificială, oxigen, tratament simptomatic). L. — poate fi utilizat și pentru

Scanned with CamScanner

prevenirea deprimării respiratorii în cazurile în care se administrează opiaceele în scopuri analgezice. În aceste situații, antagonistul se va injecta înaintea analgezicului sau împreună cu acesta. Acțiunea antagonică față de morfină în cazul L. este mai puternică decît în cazul nalorfinei. L. ca și nalorfina, va fi utilizat numai în intoxicația cu opiacee, deoarece, în afara acesteia, L. determină el însuși deprimarea respirației. (5)

LEVANXENE(R). v. TEMAZEPAM

LEVOFACETOPERAN. v. FACETOPERAN

LEVOFOBIE. v. FOBIE

LEVOMEPROMAZINA (Metotrimepazina, Minozinan(R), Nozinan(R), Neurocil(R), Tisercin(R), 7044 R.P.). L. este un neuroleptic derivat de fenotiazină care se absoarbe ușor. După administrarea per os, se metabolizează în ficat și se elimină rapid pe cale renală. L. are o acțiune antipsihotică superioară clorpromazinei. Pe lîngă aceasta, L. posedă puternice efecte sedative și anxiolitice. L. mai acționează și antidepresiv, deosebindu-se prin aceasta de alte neuroleptice. Favorizează instalarea somnului fiziologic. După administrare parenterală, L. are acțiune analgezică. În plus, L. are și efect hipotermizant și antiemetizant. L. este un alfa-adrenolitic și simpaticolitic puternic. De asemenea inhibă reflexele presoare sinocarotidiene. Efectele sale antihistaminice sînt remarcabile; proprietatea sa colinolitică și antispasmodică este redusă. L. potențează efectul narcoticelor, hipnoticelor, ale etanolului și al analgezicelor narcotice (opiacee). L. este indicată în stările de agitație psihomotorie, manie acută, hipomanie, confuzie mintală, delirium tremens, schizofrenie (acută sau cronică), depresie (acțiunea indirectă neavînd proprietăți timoleptice), tulburări de comportament la oligofreni, în tratamentul de dezintoxicare, stări anxioase, neuroze, somnoterapie, prenarcoză, hipotensiune controlată, hibernație artificială, algii cu etiologie diferită (nevralgii, zona zooster, algii canceroase, dureri tabetice, cefalee, sindrom talamic, lombalgii etc.), alergii, astm bronșic, vărsături de origine centrală, hipertiroidism, ejaculare precoce, tulburări de climacteriu, tulburări vegetative, diskinezii esofagiene și respiratorii etc. Efectele secundare sînt similare cu ale clorpromazinei. Hipotensiunea ortostatică pe care o produce este intensă și de durată, putînd determina colaps. Sensibilizează miocardul la acțiunea catecolaminelor. Mai rar, apar fenomene M-colinolitice (uscăciunea gurii, tulburări de acomodare, constipație, tahicardie), tulburări extrapiramidale, inhibarea ejaculă-

Scanned with CamScanner

rilor, reacţii toxice (hepatice, renale, agranulocitoză) sau alergice. Uneori stimulează apetitul. La începutul tratamentului sau la creşterea rapidă a dozelor poate determina somnolenţă. Dozele mari pot provoca obnubilare şi stări delirante. Parenteral poate produce tromboze. *Contraindicaţiile* sînt constituite de stări comatoase, intoxicaţii acute cu substanţe care deprimă SNC., boli cardiovasculare, ASC avansată, hipotensiune arterială, sarcină, hepatite şi boli renale. Nu se asociază cu hipotensoare şi IMAO. Se va evita asocierea cu M-colinolitice. *Preparate. Posologie.* Levomepromazin(+), conţine pe comprimat 2 sau 25 mg levomepromezină, sub formă de maleat, iar pe fiolă 25 mg, sub formă de clorhidrat. Alte preparate sînt: Nozinan(R) sirop (1 pic. = 1 mg) şi supozitoare (10 şi 50 mg) sau Tisercin(R) fiole (25 mg). Dozele vor fi strict individualizate. În psihoze, în general, L. se administrează între 25—300 mg pe zi, per os (doza maximă pentru maleat de L. administrat per os este de 50 mg o dată şi 1 g. pe zi, FR. IX). La început în formele acute se poate administra i.m. ca tratament de atac (25—50 mg), după care se continuă administrarea per os a medicamentului în dozele arătate. După obţinerea efectului terapeutic, dozele se reduc stabilindu-se prin tatonare doza de întreţinere optimă cuprinsă între 25—100 mg pe zi (Ciurezu şi colab., 1973). Pentru a evita accidentele date de hipotensiunea ortostatică, bolnavul va sta culcat în zilele în care i se administrează doze ridicate. În cursul tratamentului de durată se vor prescrie medicamente antiparkinsoniene. Formele injectabile nu se utilizează sub vîrsta de 12 ani. L. se poate asocia cu neuroleptice incisive (tioproperazina) sau cu antidepresive triciclice (imipramina). În neuroze se recomandă 25—50 mg pe zi. În bolile nepsihiatrice se administrează 4—12 mg/pe zi. L. se poate asocia cu doze mici de antihistaminice sau analgezice narcotice (morfina) în scop de potenţare a efectului acestora. L. care are efect tahicardizant mai redus, tinde să înlocuiască clorpromazina în compoziţia amestecurilor litice. (5)

LIBRIUM(R). v. CLORDIAZEPOXID

LICANTROPIE. Convingerea delirantă a bolnavului care se simte transformat în lup; psihoză de tip demonologic, frecventă mai ales în evul mediu. (7)

LICHID CEFALORAHIDIAN. Meningele şi LCR au un important rol biochimic şi de protecţie mecanică a SNC. Se consideră că principala sursă de producere a LCR este formată de plexurile coroide; LCR este resorbit la nivelul vilozităţilor arahnoidiene. În felul acesta în permanenţă se asigură o cir-

Scanned with CamScanner

culație și o reînnoire a sa. Cantitatea totală de LCR la adult este de 150 cmc. Recoltarea se face prin puncție rahidiană lombară sau suboccipitală. Examenul LCR oferă multiple posibilități de investigație, aducînd date utile diagnosticului clinic, iar în unele cazuri chiar precizarea diagnosticului etiologic. Presiunea LCR se măsoară cu ajutorul aparatului Claude și diferă, în mod normal, în funcție de poziția bolnavului; în decubit, 7—16 ml apă, atît lombar cît și suboccipital; 30—45 ml apă lombar și zero suboccipital, în poziție șezîndă. În timpul măsurării presiunii LCR, proba Queckenstedt-Stookey (compresiunea cutanată a jugularelor pe apofizele transverse cervicale, 30 de sec.) mărește presiunea LCR la 50—60 ml apă, cu revenire la normal în 15—20 sec. Presiunea LCR crește în mod patologic în sindromul de hipertensiune intracraniană sau se produc modificări ale probei Queckenstedt-Stookey în compresiuni sau obstacole de diverse nivele, pe căile de circulație a LCR. *Aspect macroscopic.* În mod normal, LCR este clar, ca apa de stîncă. Principalele modificări sînt: — lichid opalescent, în unele meningite virotice sau bacteriene; — lichid tulbure sau purulent, în general în meningitele microbiene; — lichid xantocromic, în perioada tardivă a unei hemoragii meningiene cît și în unele meningite, aspectul xantocromic (de la galben-portocaliu pînă la galben foarte șters) se datorește unor derivați ai pigmentului sanguin; — lichid hemoragic, în hemoragia meningiană și unele meningite hemoragice. *Examenul citologic* trebuie făcut la maximum 1—2 ore de la recoltare pentru a avea date corecte. *Examen cantitativ.* Numărarea celulelor din LCR se face pe o lamă specială de sticlă (tip Nageotte sau Fucs-Rosenthal), cu ajutorul microscopului. În mod normal LCR conține 0,3 elemente/mm^3, la nivel rahidian. Creșterea peste acest nivel a elementelor are o semnificație patologică. *Examen calitativ.* După centrifugare și colorarea sedimentului, pe o lamă de sticlă, se face o citire la microscop. Permite precizarea tipului de celule crescute (formula lichidiană) a căror semnificație patologică este în raport cu etiologia și faza de evoluție a maladiei. Cu tehnici speciale se pot evidenția și celulele neoplazice. *Examenul biochimic.* Reacțiile Pandy și Nonne-Appelt determină calitativ globulinele din LCR și sînt, în mod normal, negative; albuminele totale se determină cantitativ cu rahialbuminometrul Sicard (normal 0,20—0,30%, prin recoltare rahidiană). Globulinele cresc în special în luesul SNC; în meningite cresc atît globulinele cît și albuminele, existînd

Scanned with CamScanner

posibilitatea creşterii concomitente a albuminelor cu numărul de celule, dar şi disocierea citoalbuminică (celule crescute numeric, albumină normală) în faza iniţială a meningitelor, cu precădere a celor de origine virotică, cît şi în poliomielită. Disocierea albumino-citologică (celule normale, albumină crescută) apare în compresiuni medulare, unele tumori cerebrale, poliradiculonevrite, în faza de convalescenţă a unor meningite. Clorurorahia şi glucorahia, respectiv dozarea clorurilor şi a glucozei din LCR, are ca valori normale: clorurorahie 7—740 gr ClNa ‰; glicorahie 0,60—0,80 gr ‰. Hipoglicorahia se întîlneşte în unele meningite, în sindroame hipoglicemice şi în primele zile ale unei hemoragii subarahnoidiene. Hipoclorurorahia se datoreşte mai ales meningitei tuberculoase. Reacţiile coloidale au la bază floculareа unor suspensii, (cel mai frecvent benzol coloidal) realizate în diluţii succesive cu LCR. Luînd în considerare zonele de floculare, în raport cu seria de eprubete în care s-au făcut diluţiile, se distinge zona sifilitică (sifilis nervos) în primele eprubete şi zona meningitică, în ultimele eprubete. Examenul bacteriologic se face atît prin bacterioscopie directă, respectiv centrifugare şi colorarea sedimentului, urmată de identificarea germenilor la microscop, cu valoare în special în meningitele bacteriene, cît şi prin însămînţări pe medii de cultură, urmate de identificarea agentului cauzal şi efectuarea antibiogramei. (6)

LIDANIL. v. MESORIDAZINĂ

LIDÉPRAN(R). v. FACETOPERAN (Levofacetoperan)

LIEPMANN, METODA LUI. Metodă de explorare a halucinaţiilor vizuale pe baza relatărilor, făcute de bolnav, a ceea ce vede, atunci cînd examinatorul îi apasă uşor globii oculari după închiderea ochilor. Cu ajutorul acestei metode se pot pune în evidenţă prezenţa halucinaţiilor vizuale, mai ales în alcoolismul cronic. (7)

LILIPUTANE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

LIMOTERAPIE. Scăderea ponderală sub control medical prin instituirea unui regim restrictiv în alimentaţie, apropiat de un regim de foame. L. este indicată mai ales în stările de obezitate la tineri şi trebuie practicată sub o strictă supraveghere medicală de specialitate. (7)

LIPEMANIE. Esquirol folosea termenul de L. pentru a descrie melancolia; astăzi nu mai este utilizat. (7)

LIPOTIMIE, sin. LEŞIN. Stare, în general reversibilă, ce durează de la cîteva minute la cîteva ore şi se caracterizează prin modificarea conştiinţei, cu păstrarea funcţiilor vitale. În psihiatrie, în caz de L., este necesar diagnosticul diferenţial

Scanned with CamScanner

cu diversele crize cerebrale (epilepsie, isterie). Poate apare, de asemenea, în cursul administrării medicației psihotrope cu efect hipotensiv, mai ales la trecerea bruscă din clinostatism în ortostatism. (7)

LISENCEFALIE. sin. AGIRIA. Macroscopic, creierul este caracterizat prin lipsa dezvoltării circumvoluțiunilor cerebrale. L. se întîlnește în unele encefalopatii infantile. Pe plan psihic, acesteia îi corespunde o nedezvoltare intelectuală gravă (v. OLIGOFRENIE, IDIOȚIE). (2)

LISSAUER, PARALIZIA. Formă clinică a PGP atipică sau asociată cu sindrom neurologic. Rar întîlnită, ea se caracterizează prin predominanța simptomelor de focar (afazie, apraxie, hemiplegie sau hemipareză, hemianopsie laterală omonimă etc.), care apare de obicei după un ictus epileptiform. (3)

LISOFOBIE. v. FOBIE

LITHANE. v. LITIU

LITIU (Li). Este un element monovalent din grupa alcalinelor, cu greutatea atomică 6,94 și cu emisiune la 671 nm. Intră în cantități foarte reduse (oligoelement) în compoziția organismului. A fost primul medicament psihofarmacologic aplicat în manie (Cade, 1949). Asupra psihicului normal are acțiune redusă, diminuînd performanțele psihometrice și motorii. L. este un medicament psiholeptic, cu proprietăți normotimotice (Predescu și colab., 1976) în caz de manie (normalizează dispoziția). Nu are proprietăți sedative. L. determină creșterea pe EEG a amplitudinii undelor alfa și apariția undelor lente. Mecanismul de acțiune a L. este insuficient elucidat: se presupune că efectele sale terapeutice se datoresc unor modificări biochimice pe care le determină în SNC. În acest sens pledează faptul că efectul său apare după o perioadă de latență (5—10 zile). L. modifică metabolismul intraneuronal al CA în special al noradrenalinei, accelerînd probabil descompunerea acesteia. Li. inhibă adenilatciclaza și reduce formarea de AMPc, împiedicînd acțiunea C.A. În afară de aceste mecanisme, L. intervine asupra echilibrului electrolitic din organism. Astfel, sub acțiunea sa se modifică transportul de membrană a sodiului, diminuă resorbția natriului la nivelul tubilor uriniferi. L. este indicat în episodul maniacal al psihozei maniaco-depresive, scurtînd durata crizei și prevenind recăderea; el este însă considerat ineficace în faza depresivă. Alte indicații sînt reprezentate de agitația psihomotorie, unele tulburări de comportament din schizofrenie și din sindromul de tensiune premenstruală. L. se poate administra în scop profilactic în depresia

Scanned with CamScanner

periodică în ciclotimie. Efectele terapeutice favorabile ale L. apar după o perioadă de latență. Administrat rațional, sub controlul periodic al concentrației sale serice, L. este bine tolerat. *Efectele secundare* și fenomenele toxice apar în caz de supradozare sau la indivizii sensibili, chiar după administrarea unor doze terapeutice. Toxicitatea crește după trecerea fazei maniacale acute. De asemenea, toxicitatea este mărită în cazul unui regim sărac în sodiu sau cînd există o pierdere a acestui ion (vărsături, diaree, diureză sau transpirații exagerate). Toxicitatea L. este strîns legată de nivelul său seric. La o litemie de 2 miliechivalenți (mEq/l) apar următoarele tulburări: greață, vărsături, colici, diaree, poliurie, sete intensă, tremurături ale mîinilor, astenie, somnolență. Peste 2—2,5 mEq/l, în funcție de sensibilitatea individului, se accentuează fenomenele amintite și apare o intoxicație de gravitate crescînd proporțional cu doza. Apar amețeli, vedere voalată, hiperexcitabilitate neuromusculară, hiperreflectivitate, convulsii epileptiforme, ataxie, tulburări de vorbire, confuzie mintală, aritmii, bloc atrio-ventricular, hipotensiune arterială, colaps, insuficiență cardiacă, complicații respiratorii și renale, comă, exitus. Uneori tratamentul îndelungat poate determina apariția unei guși difuze datorită acțiunii inhibitoare directe a L. asupra hormonogenezei și/sau eliberării tiroxinei precum și diabet insipid nefrogen (Handler, 1978). *Contraindicațiile* L. sînt reprezentate de afecțiuni renale și cardiace, regim desodat, sarcină (s-a constatat mixedem sau gușă la noii-născuți a căror mamă a fost tratată cu L). L. nu se poate asocia cu diuretice; în cazurile de deshidratare se vor administra lichide în cantități mari. *Preparate. Posologie.* Carbonatul de litiu (Li_2CO_3) este sarea cea mai întrebuințată, sub formă de comprimate sau capsule (Eskalith(R), Lithane(R), Lithonate(R)), care conțin 250 sau 300 mg. În episodul maniacal acut se administrează per os 1—1,6 g/zi, fracționat. Dozajul va fi corelat cu litemia, care trebuie să fie cuprinsă între 0,4—0,8, maximum 1,4 mEq/l. L. se dozează din sîngele recoltat la 8—12 ore după administrarea medicamentului. Dozarea se va face cel puțin o dată pe săptămînă. După 5—10 zile, odată cu diminuarea simptomatologiei, se va reduce doza de L. Doza trebuie deci corelată cu simptomatologia clinică și concentrația sanguină a medicamentului. Există și alte săruri de L. care se utilizează terapeutic, de ex. citratul (Demalit(R)), sulfatul (Lithium Duriles(R), Lithionit Duretter(R)), acetatul (Quilonum(R)), gluconatul (Neurolithium(R)). S-au realizat și preparate cu acțiune prelungită: Quilonorm retard(R)

Scanned with CamScanner

(450 mg carbonat de Li/tabletă), Priadel(R) (400 mg carbonat de Li/comprimat). (5)

LITTLE, BOALA LUI. Formă clinică a encefalopatiilor infantile sechelare, de tip spastic, reprezentată de o tetrapareză (tetraplegie) mai accentuată la membrele inferioare, asociată cu oligofrenie în grade variabile şi eventual cu crize epileptice. Formele clinice uşoare şi medii au tendinţa spontană a ameliorării deficitului motor. (6)

LOBOTOMIE. Procedeu chirurgical utilizat în tratamentul unor boli psihice grave şi care constă din secţionarea fibrelor talamo-frontale, realizînd astfel o izolare a lobului prefrontal de formaţiunile diencefalice. Este o variantă a leucotomiei, cu o extindere însă mai mare. Metoda a fost pusă la punct de Freeman şi Watts (1942). Azi nu se mai practică decît în cazuri cu totul izolate (v. PSIHOCHIRURGIE). (2)

LOGOCLONIE. Tulburare de limbaj caracterizată prin repetarea unei silabe sau a unui cuvînt de mai multe ori înainte de a trece la cuvîntul următor. L. se întîlneşte cu precădere în logoneuroză. (7)

LOGOFOBIE. v. FOBIE

LOGOLATRIE. Investirea unor cuvinte cu putere magică şi cu semnificaţii deosebite, în afara celor obişnuite. L. se întîlneşte în psihozele halucinator delirante, în schizofrenie, în isterie etc. (7)

LOGONEUROZĂ, sin. BALBISM. L. împreună cu boala ticurilor şi crampa profesională sînt cele mai bine conturate forme de neuroze cu predominanţa tulburărilor psihomotorii. Debutul L este insidios şi corespunde de obicei cu perioada preşcolară, în care familia constată la copil greutăţi în vorbire, manifestate prin pronunţare incorectă a unor foneme, prin repetiţia unor silabe etc. Predispoziţia este variabil apreciată de autori (10%—60%); se observă o frecvenţă mai mare de apariţie a L. la băieţi, mai ales la stîngaci şi la copii cu greutăţi în a diferenţia clar dreapta de stînga. Sovak Kovarski, Claiborn constată şi o simpaticotomie, pe care o consideră semnificativă pentru L., spre deosebire de Freeman care apreciază L. ca o consecinţă o blocajului emoţional produs de tulburările funcţionale din regiunea strio-palidală. Factorii favorizanţi şi precipitanţi cei mai cunoscuţi sînt conflictele şi psihotraumele din frageda copilărie. Pichon consideră L. o insuficienţă de convertire a ideii în cuvînt (insuficienţă „lingvo-speculativă"), datorită fie unei întîrzieri de dezvoltare a aparatului locomotor,

Scanned with CamScanner

fie unei întîrzieri de dezvoltare a inteligenței (desincronizări, decalaje). Karlin crede că L. este cauzată de ritmul încetinit al mielinizării ariilor corticale de asociație. Cele mai importante forme de manifestare a L. sînt: a) Forma clonică (coreică), în care elementul caracteristic îl constituie repetiția de mai multe ori a primei silabe din primul cuvînt în special; b) Forma tonică (tetanică), în care pronunțarea primei silabe este precedată de o stare spastică de imobilizare și efort care se termină printr-o explozie penibilă și precipitată a cuvîntului; c) Forma inhibată, caracterizată printr-o împietrire, o siderare psihomotorie corespunzătoare cu o tăcere, o pauză lungă și penibilă între cuvinte sau chiar între silabe; d) Forma mixtă cea mai frecvent întîlnită în care apar amestecat, în proporții și intensități variabile, simptomele celorlalte forme, cu păstrarea preponderentă a uneia dintre ele. L. mai conține și alte simptome: tulburări neurovegetative, iritabilitate, tulburări respiratorii, tulburări de somn etc. Evoluția L. este intermitentă, fazele de exacerbare a simptomelor coincizînd cu episoadele de mare încărcătură emoțională (examen, serbări etc). Logoneuroticul este conștient de handicapul său de exprimare pe care, similar cu bolnavul obsesiv, nu-l poate stăpîni; el se simte mereu copleșit, înspăimîntat, stînjenit, iar efortul de a vorbi cursiv și corect rămîne fără rezultat; în plus anxietatea însoțește în permanență perioadele de desfășurare a L. și le amplifică în largă măsură. Ca orice neuroză de tip psihomotor și în L. simptomatologia cedează complet în timpul somnului. De asemenea, s-a constatat existența unei exprimări corecte și normale în cazul în care bolnavul este solicitat să cînte textul respectiv. Aceste caracteristici permit diferențierea L. de alte tulburări de vorbire. *Terapia* L. trebuie începută foarte timpuriu (la grădiniță) și încredințată echipei compusă din pedopsihiatru și logoped. Orientarea profesională va fi făcută spre un domeniu în care exprimarea verbală nu deține locul principal. Chimioterapeutic, tranchilizantele minore sînt utile, prin efectul lor constant anxiolitic: pe baza lor, se poate trece cu ușurință, și cu rezultate sigure, la aplicarea unei psihoterapii adecvate și de cursă lungă. (7)

LOGOPEDIE. Ramură a psihopedagogiei speciale care are ca obiect esențial educarea corectă a limbajului, în sensul prevenirii și corectării tulburărilor de vorbire, indiferent de vîrsta persoanei în cauză. Astfel, există interferențe reciproce între logopedie, psihiatrie, neuropsihiatrie infantilă, ORL, chirurgie

Scanned with CamScanner

maxilo-facială, neurologie etc., în funcție de particularitățile individuale ale factorilor care generează tulburarea de vorbire. (6)

LOGOPLEGIE, sin. și v. ALALIE

LOGOREE. Vorbire multă, fără rost, obositoare. Bolnavul este volubil, expune zgomotos, la nesfîrșit, tot ceea ce îi trece prin minte. L. survine în toate stările de excitație psihomotorie: manie, beție acută, presbiofrenie etc. (7)

LOGOTERAPIE. Metodă de psihoterapie descrisă de Frankl și care, după Marchais, constă în sublinierea importanței cuvîntului și a utilizării sale corecte și adecvate pentru a da posibilitate terapeutului să rezolve, împreună cu neuroticul, situațiile de impas. (7)

LORAZEPAM (Aturban(R), Tavor(R), Temesta(R), WY-4036) este un tranchilizant minor derivat de benzodiazepină cu acțiune anxiolitică. Reduce reacțiile emoționale, tensiunea psihică și induce somnul. Indicațiile terapeutice ale L., *efectele secundare* și *contraindicațiile* sînt asemănătoare cu ale clordiazepoxidului (v. CLORDIAZEPOXID). L. poate completa terapia antidepresivă. Dozele mari produc senzație de oboseală și somnolență. Nu se administrează la gravide și la persoanele alergice la acest medicament. L. se va utiliza cu prudență în insuficiența cardiacă și hipotensiune arterială. Este contraindicat consumul de alcool în cursul tratamentului. Preparatul Tavor(R) se prezintă sub formă de comprimate de 1 și 2,5 mg. El se administrează în doze de 2,5—7,5 mg pe zi, per os. În cazurile de afecțiuni somatice însoțite de tensiune psihică sînt suficiente 1—3 mg/zi. Înaintea intervențiilor chirurgicale se pot administra 1—2 mg (cu o oră înaintea operației). Temesta(R) este un preparat injectabil. (5)

LOWENFELD-HENNEBERG, SINDROMUL LUI. Lowenfeld (1902) și Henneberg (1916) au descris sindromul L.H. caracterizat prin pierderea bruscă a tonusului muscular cu păstrarea conștiinței și a funcțiilor perceptivo-mnestice în stare normală de funcționare. Lhermitte a denumit acest sindrom „catalepsia de trezire“ (Feighin). (7)

LSD. LSD-25 (dietilamida ac. lizergic), descoperit întîmplător de A. Hofmann (1943) și studiat de W. Stoll, LSD-ul este un derivat indolic care după ingerare sau inhalare (de ex. 1—2 μg/kg) produce halucinații vizuale viu colorate, idei paranoide și o stare de depersonalizare-derealizare. Uneori individul devine agresiv, alteori poate prezenta o anxietate de intensitate variabilă. LSD-ul este cel mai activ psihodisleptic cunoscut, el fiind de 10.000 de ori mai puternic decît mescalina.

Scanned with CamScanner

În tabloul clinic produs coexistă tulburări neurologice și vegetative ca stimularea reflexelor monosinaptice (patelar), ataxie, midriază, HTA, tahicardie, hiperglicemie, hipersalivație, lăcrimare. Produce activarea EEG ca și amfetamina. După 3—7 zile de întrebuințare determină toleranță. Se presupune că LSD-ul acționează în urma antagonizării 5-HT (ipoteză insuficient fundamentată experimental) sau prin stimularea receptorilor catecolaminergici centrali. Utilizarea LSD-ului este periculoasă deoarece persoanele devenite agresive pot comite acte antisociale, iar anxietatea pe care o determină LSD-ul poate împinge pînă la suicid. În țara noastră este interzisă utilizarea LSD-ului în terapeutică din cauza efectelor nocive și imprevizibile (unele ireversibile) pe care le poate produce. (5)

LUCID, DELIR. v. DELIR

LUDIOMIL. v. MAPROTILINA

LUDOTERAPIE, sin. JOCOTERAPIE. Formă particulară de psihoterapie bazată (după Marchais) pe destindere și pe dinamismul divertismentului de grup. L. se aplică în neuroze, stări reactive, schizofrenie reziduală, psihoze halucinator-delirante cronice. (7)

LUMINAL. v. FENOBARBITAL

LUVATREN. v. METILPERIDOL

LYOGEN. v. FLUFENAZINA

Scanned with CamScanner

MACROMANIACAL, sin. DELIR MACROPTIC. v. DELIR

MACROPSICE. v. HALUCINAȚIE, ILUZIE

MACROPTIC, DELIR. v. DELIR

MADOPAR. Este un preparat antiparkinsonian în care se află asociate L-Dopa (v. L-DOPA) cu benserazida. Ultimul compus este un inhibitor al dopadecarboxilazei extracerebrale. Inhibarea acestei enzime permite acumularea la nivel cerebral a unei cantități mai mari de dopamină decît în cazul administrării de L-Dopa singură. În acest fel se pot reduce dozele de L-Dopa utile pentru tratamentul parkinsonismului și implicit scade incidența și gravitatea fenomenelor secundare periferice descrise la L-Dopa. (5)

MAGNAN, SEMNUL LUI. Formă particulară de halucinații tactile, observată în cocainomanie și caracterizată prin perceperea eronată de către bolnav a existenței unor corpuri străine, insecte, paraziți care s-ar mișca sub pielea sa, provocîndu-i diverse parestezii. (7)

MAJEPTIL. v. TIOPROPERAZINA

MAL COMIȚIAL. Termen de origine romană, astăzi fără prea mare circulație, prin care era denumită epilepsia. El provine de la obiceiul roman de a se suspenda adunările populare (comites) cînd cineva avea o criză epileptică, evenimentul fiind considerat de prost augur. (6)

MALARIOTERAPIE, sin. PALUDOTERAPIE. Este o metodă biologică folosită în tratamentul neuroluesului, preconizată de Wagner von Jauregg (1917). Indicația actuală a M. mai rămîne PGP. De la introducerea penicilinei în tratamentul sifilisului, unii autori (H. Ey, Lereboullet) consideră că impaludarea nu mai are decît o importanță istorică. *Contraindicațiile* M. sînt reprezentate de boli somatice (afecțiuni grave cardiace, renale,

Scanned with CamScanner

hepatice, stări caşectice), graviditate, vîrsta înaintată (peste 60 de ani). Cura se realizează prin inocularea bolnavului cu o formă benignă de paludium (Plasmodium vivax, care dă febra terţă şi produce mai puţine accidente). Transmisia se face de la om la om (recoltînd de la un bolnav impaludat, în plin acces febril, 5—10 cm^3 de sînge, care se reinjectează, i.v. sau s.c. bolnavului cu PGP). După o incubaţie de 7—14 zile, apar accesele febrile tipice (cu ascensiuni pînă la 39°, transpiraţii, frisoane, stare generală alterată). După 8—12 accese de malarie, se face întreruperea acestora cu antimalarice (1 g. chinină pe zi, timp de 8 zile). M. se practică numai în servicii specializate, fiind necesară o supraveghere clinică foarte atentă a bolnavilor şi personal calificat. În afară de asistenţa din timpul acceselor, se urmăreşte starea hepatică, cardiovasculară, pulmonară, hematologică, digestivă, prevenindu-se eventualele complicaţii. Întrucît impaludarea poate duce uneori la o distrucţie importantă de globule roşii, este necesară corectarea ei în postcură. Rezultatele M. sînt evaluate la 1/3 ameliorări substanţiale (pînă la reluarea activităţii profesionale), 1/3 ameliorări (permiţînd o convieţuire familiară corespunzătoare) şi 1/3 eşecuri. M. este inclusă alături de corticoterapie în cadrul tratamentelor patogenetice ale PGP. Ca mecanism de acţiune se ştie că M. permeabilizează bariera hemato-encefalică în felul acesta favorizînd pătrunderea medicaţiei antiluetice. Totodată M. stimulează capacitatea de reactivitate a bolnavilor, febra devenind astfel un factor curativ. (3).

MANIE. Defineşte o stare psihică caracterizată printr-o exaltare generală a funcţiilor psihice, predominant în sfera afectivităţii. Termenul n-a fost utilizat totdeauna în acest sens, cuprinzînd o sferă mult mai largă, pînă la a fi sinonim cu cel de „nebunie". Din secolul al XIX-lea însă (în special după 1850), termenul de „manie" se referă la noţiunea de criză, de sindrom general de excitaţie psihomotorie, cu o formulă semiologică particulară (hipertimie pozitivă, predominant euforică, ritm ideativ accelerat şi hiperactivitate pînă la agitaţie motorie), cu o evoluţie periodică, ciclică. Falret, Baillarger şi în special Kraepelin, au contribuit la includerea „maniei acute" în cadrul psihozei maniaco-depresive (v. PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ). Sindromul maniacal poate să apară secundar în cadrul altor boli (aşa-zisele „manii simptomatice"). Primul acces apare mai frecvent între 20—40 ani la un subiect cu anumite particularităţi (încărcătură ereditară, biotip predominant picnic etc. (v. PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ). Uneori pot fi in-

Scanned with CamScanner

criminate drept cauze declanşante ale crizei unele perioade endocrine „critice“ (pubertate, puerperalitate, menopauză) sau emoţii puternice în zilele care preced debutul. Debutul poate fi uneori insidios, marcat de elemente din seria depresivă (astenie, tristeţe, fatigabilitate, insomnii) sau precedat de o fază prodromală de excitaţie (nelinişte, iritabilitate, conduită zgomotoasă, tulburări de somn). La unii bolnavi (maniaco-depresivi), se pot recunoaşte unele modificări de comportament cu valoare de simptome-semnal care se repetă la fiecare acces. De cele mai multe ori debutul este brusc, fără prodroame, cu instalarea rapidă a tulburărilor psihotice, caracterizate printr-o stare surprinzătoare de bine, de optimism accentuat, un comportament exagerat, cu nevoie imperioasă de activitate şi de mişcare, ideaţie accelerată şi bogată, insomnii, iritabilitate, eventual consum excesiv de alcool şi tutun. Tabloul clinic al perioadei de stare este caracteristic pentru că acum aspectul şi comportamentul maniacalilor devin tipice: ţinuta dezordonată, neglijentă, chiar excentrică (haine în culori vii, ţipătoare, împodobite cu fel de fel de ornamente, flori, pene, panglici, decoraţii etc). Uneori fiind lipsiţi de pudoare se dezgolesc în public. Fizionomia exprimă veselie, ochii sînt vioi şi sclipitori, atitudinea deschisă, prietenoasă, familiară, facilitînd legătura cu bolnavul (care adesea se prezintă singur şi începe discuţia). Vorbesc neîncetat, strigă, cîntă, pînă ce răguşesc; maniacalii sînt foarte instabili, în continuă mişcare, dinamici, „hiperprezenţi“ în ambianţă. Examinarea atentă a funcţiilor psihice relevă în primul rînd tulburările sferei afective, exprimate prin ridicarea tonusului afectiv, exaltarea dispoziţiei. Maniacalii sînt expansivi, manifestînd o veselie exagerată şi zgomotoasă, o stare de euforie, de bună dispoziţie, de optimism. Subiectiv se simt fericiţi, neobosiţi, trăind intens sentimentul de bună stare, de mulţumire. Euforia lor deşi exagerată şi nemotivată este contagioasă, antrenîndu-i şi pe cei din jur; bolnavii îşi exteriorizează bucuria prin glume, rîs, strigăte, cîntece, dans. Tonalitatea afectivă este însă instabilă, putînd trece rapid de la veselie calmă sau exuberantă, la mînie, furie, descărcată uneori în agresivitate şi violenţă (mai ales cînd bolnavii sînt contrazişi). În aceste perioade excitaţia erotică devine prezentă, limitîndu-se la cuvinte (expresii grosolane, coprolalice), cochetărie şi gesturi sau ajungînd pînă la atitudini obscene, lipsă de pudoare, exhibare în public, viol etc. Procesul de excitaţie este manifestat şi în domeniul cognitiv. Tahipsihia (accelerarea ritmului ideativ) se manifestă prin abundenţa reprezentărilor mintale, prin ra-

Scanned with CamScanner

piditatea și superficialitatea asociațiilor de idei, care tind a se face prin rimă, asonanță, jocuri de cuvinte, în dauna conținutului). Abundența ideilor, instabilitatea tematică, imposibilitatea gîndirii de a se organiza eficient, de a practica o alegere duce la fuga de idei în care bolnavul nu reușește să termine o idee și trece repede la alta. Succesiunea rapidă de amintiri, de gînduri, de observații împletite cu cîntece, versuri, glume, nu este însă absurdă (existînd uneori doar o aparentă incoerență, datorită exaltării și derulării extrem de rapide, efervescente a tuturor proceselor psihice). Atenția este hipervigilă, vie, mobilă, distributivă, antrenînd un spirit de observație crescut, dar în același timp hipotenace, mobilă, împrăștiată, inconstantă, mereu distrasă de mediu și lipsită de posibilitatea unei concentrări de durată. Memoria de fixare este superficială (datorită deficitului de concentrare a atenției) dar cu amintiri vii, evocări bogate, cu lux de detalii (hipermnezie). Percepțiile nu sînt în ansamblu tulburate, dar, uneori, datorită superficialității lor, pot apare iluzii, mai ales vizuale, de tipul „falselor recunoașteri" (bolnavul confundă — bazat pe vagi asemănări — persoanele prezente cu vechi cunoscuți, rudenii, prieteni). În episodul maniacal pot apare, uneori, halucinații (mai ales pseudohalucinații), dar numai cu caracter tranzitoriu. Maniacalii sînt de obicei corect orientați temporo-spațial, în schimb conștiința bolii este complet absentă, bolnavii considerînd starea prezentă chiar superioară celei obișnuite. Imaginația bogată și euforia explică apariția ideilor din seria expansivă, idei ce pot ajunge pînă la intensitate delirantă, referindu-se în special la situația, aspectul fizic și talentele bolnavului: idei de supraevaluare, grandoare, bogăție, dominare, putere și erotice. Maniacalul se consideră posesorul unor însușiri deosebite, vorbește despre sine însuși numai la superlativ. Prin conținutul lor, ideile delirante în manie se situează în general în limitele posibilului, cu o notă de verosimil; în general sînt mobile, tranzitorii (prin aceste caracteristici se diferențiază, de exemplu, de delirul de grandoare al demenților, în special al PGP, care au o pronunțată notă absurdă). Limbajul vorbit și scris suferă profunde modificări, reflectînd tulburările de gîndire ale maniacalului: starea de excitație se traduce prin hiperproductivitate verbală (logoree) și grafică (graforee). Maniacalul scrie pe orice (bucăți de hîrtie, de pînză, chiar și pe pereți). Literele sînt mari, scrise dezordonat, cu rînduri îndreptate în sus și încărcate cu flori, arabescuri etc. Exagerarea activității se caracterizează în primul rînd printr-o tendință continuă spre

Scanned with CamScanner

mişcare (hiperdinamism). Bolnavul nu poate sta într-un loc, începe o serie de activităţi fără însă a ajunge să le finalizeze, trecînd rapid de la un lucru la altul. Uneori excitaţia ajunge pînă la adevărate stări de agitaţie psihomotorie intensă, cu strigăte, vociferări, insulte, cîntece, chiar violenţă şi agresiune. O caracteristică a exaltării activităţii este activitatea ludică, „jocul" care se reflectă în mimica, gesturile şi atitudinile maniacalului. El pare să ia totul în glumă, se distrează, imitîndu-i pe alţii, improvizînd dansuri, jocuri şi rămânînd în acelaşi timp în contact cu ambianţa, care dealtfel îl inspiră. Pe plan instinctual, se poate constata o exagerare a instinctului alimentar (bulimie). Tabloul psihic este întotdeauna dublat de prezenţa unor modificări somatice, dintre care mai importante sînt dereglările somnului (insomnie), scăderea ponderală, în ciuda faptului că apetitul e, de obicei, crescut (explicabilă însă prin marile cheltuieli energetice din timpul acceselor maniacale), exagerarea tonusului simpatic (tradusă prin tahicardie, midriază, creşterea secreţiilor în special salivare şi sudorale). În cursul accesului maniacal s-a semnalat frecvenţa amenoreei. Modificările constantelor biologice (creşterea colesterolului, frecvenţa glicozuriei, inversarea raportului albumine/globuline etc.) sînt însă deocamdată deficil de interpretat. *Forme clinice.* În afară tabloului *M. acute* descris, episodul maniacal se mai poate prezenta sub forma *M. confuzive,* în care apar tulburări de conştiinţă tranzitorii (sub aspectul unui sindrom confuziv cu halucinaţii şi idei delirante). S-a descris şi o formă de *M. delirantă,* în care sînt prezente idei delirante mobile, nesistematizate, de grandoare şi, mai rar, paranoide (de persecuţie, gelozie etc.) însoţite uneori şi de activitate halucinatorie. În *M. subacută* — formă relativ frecventă — simptomele în general sînt mai puţin intense (nu se ajunge la agitaţia dezordonată). Hipomania este considerată de unii autori ca o subdiviziune a acestei forme, avînd un tablou mai şters în care hipertimia pozitivă nu depăşeşte cu mult limitele normalului, ideaţia este mai ponderată, iar activitatea mai rezonabilă (v. HIPOMANIE). *M. supraacută* coleroasă (furoarea maniacală) se caracterizează printr-o gravitate deosebită a simptomatologiei, cu agitaţie psihomotorie intensă şi întunecarea pronunţată a cîmpului conştiinţei, iritabilitate marcată, putînd duce la reacţii violente. La agitaţia psihomotorie extremă se poate adăuga refuzul alimentar, deshidratarea, hipertermia, care pot conduce (după P. Guiraud, H. Ey) la constituirea „delirului acut". În *stările mixte* (descrise de Kraepelin), forme mai rar întîlnite, coexistă simptome

Scanned with CamScanner

din seria depresivă cu cele din seria maniacală. După prevalența simptomelor se diferențiază *M. cu inhibiție*, motrice (akinetică), *M. depresivă*, *M. inhibată* (neproductivă), *stupoarea cu elemente maniacale*, *depresia cu fugă de idei*, *melancolia agitată*. Pe măsură ce M. evoluează și mai ales sub influența vîrstei, episoadele critice se prelungesc, intervalele lucide se scurtează, ajungîndu-se la o excitație permanentă de tip maniacal, un fel de habitus maniacal. Aceasta este așa-zisa *M. cronică* (în care colecționarismul se întîlnește frecvent). Dacă evoluția spontană a unui acces maniacal dura 4—5 luni, astăzi, sub influența chimioterapiei, perioada s-a redus simțitor, variind de la cîteva zile la cîteva săptămîni; urmează o perioadă de remisie completă, dar recidivele sînt frecvente. În cadrul psihozei maniaco-depresive, perioada maniacală poate fi urmată de o fază depresivă (imediat sau la distanță după un interval liber). În funcție de modul de succesiune al acestor faze, raportul dintre ele și intervalele lucide s-au descris *M. intermitente*, *remitente*, *forma alternă*, *circulară*, *psihoza cu dubla formă* (v. PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ). Sub raport etiologic, în afară de accesul maniacal, formă de manifestare a psihozei maniaco-depresive, trebuie discutate așa-zisele „M. simptomatice", care apar în cadrul altor afecțiuni (psihice și somatice). Acestea pot constitui debutul unei demențe senile sau arteriosclerotice sau pot apărea ca formă expansivă a PGP. Accesul maniacal poate surveni și pe un fond toxic (în alcoolism, în intoxicații cu oxid de carbon, după consum abuziv de amfetamine, în cocainism sau după tratamente cu ACTH, cortizon, hidrazidă, cicloserină). Este cunoscut accesul maniacal posttraumatic (apărînd în tr.cr.cr.). M. din afecțiunile diencefalice și hipotalamice (mai frecvent de natură tumorală, mai rar encefalitică sau ASC), stările maniacale din tulburările endocrine (M. puerperale, M. în pubertate și în menopauză, sindroame de excitație, maniacală, care însoțesc adesea hiperfoliculinemiile, hipertiroidiile, tulburările hipofizare și suprarenale — după H. Ey). *Diagnostic.* Deși recunoașterea crizei maniacale este ușoară, totuși uneori se impune diagnosticul diferențial cu agitația din cadrul confuziilor mintale (în care domină tulburările conștiinței de tipul obnubilării, onirismului, dezorientării, amneziei), cu agitația catatonică din cadrul schizofreniei (caracterizată prin excitația psihomotorie uniformă, stereotipă, dezordonată, tendințele clastice, excitația verbală, tradusă prin incoerență, stereotipii, verbigerație), cu episoade de agitație din epilepsie (care apar însă paroxistic, au o du-

Scanned with CamScanner

rată scurtă și se termină brusc, iar anamneza și EEG relevă potențialul convulsivant). Cu mare valoare diagnostică în M., în afară de fuga de idei, este acordul deplin al întregii comportări a bolnavului cu starea sa subiectivă, cu dispoziția sa, precum și conservarea intelectului. *Tratament.* Progresele psihofarmacologiei au modificat substanțial posibilitățile terapeutice permițînd obținerea unor efecte rapide și intense. Accesul maniacal impune internarea într-un serviciu de specialitate. Transportul la spital ridică multe probleme, bolnavul refuzînd și opunîndu-se cu toată puterea internării, neconsiderîndu-se bolnav. E necesară uneori administrarea unei doze de clorpromazină în formă injectabilă (1—2 fiole a 25 mg de Plegomazin) sau a unui barbituric i.v. (Amital sodic). În spital este importantă o supraveghere continuă și plasarea în condiții de izolare de excitanți externi (care pot amplifica excitația). Chimioterapia este factorul decisiv care se utilizează în vederea scopului urmărit (scurtarea crizei și instalarea cît mai rapidă a remisiunii). Sînt folosite în special neurolepticele din clasa butirofenonelor (haloperidolul, triperidolul), considerate actualmente ca intervenind cel mai rapid și mai eficace în stările maniacale. Se începe cu o injecție i.m. de 1 fiolă á 5 mg și se continuă per os în doze crescînde pînă la 15—30 mg/zi. Se asociază un neuroleptic sedativ — levomepromazina — administrată seara (50—300 mg). Clorpromazina se recomandă în doze de 250—500 mg/zi, deoarece exercită o acțiune eficace în cazurile cu agitație medie; ea se poate asocia cu amital sodic (1 g/zi), administrat seara, pentru reducerea insomniei. O problemă mult discutată în tratamentul PMD și în special al M. este aceea a așa-zișilor normalizatori ai dispoziției, reprezentați de sărurile de litiu. Ele se utilizează sub formă de nitrat, carbonat sau acetat (ex. Quilonum, Quilonorm retard), în doză de atac de 1—2 g/zi. Este necesară cunoașterea exactă a contraindicațiilor (afecțiuni renale și cardiace), datorită efectelor lor toxice, iar la doza eficace se ajunge făcînd paralel o dozare a litemiei (săptămînal, la început) care nu va depăși nivelul de 1,5 mEq/1. Administrarea se va face mai ales în formele cu agitație mai puțin intensă (efectul sedativ al litiului fiind mai puțin rapid). Se pare că valoarea terapiei cu litiu este mai ales profilactică, modificînd evoluția psihozei în sensul prevenirii recăderilor (sau cel puțin prelungind perioadele de remisiune). *Aspecte medico-legale.* Frecvent, mai ales în faza de debut a acceselor, bolnavii cu M. pot comite acte antisociale, care ajung pînă la delicte grave (abuzuri de încredere, furturi, înșelătorii, insulte, aten-

Scanned with CamScanner

tate la pudoare, viol, acte agresive, care merg excepțional de rar pînă la crime). Ele pot fi explicate ca o consecință a impulsivității, lipsei de deliberare, a trecerii imediat la acțiune, a scăderii autocriticii și simțului moral, precum și prezenței excitației erotice. Cînd actele antisociale au fost comise în perioada de boală, în plin acces, bolnavii sînt considerați neresponsabili. În intervalele lucide dintre accese, ei răspund în general de actele lor (cazurile trebuie însă judecate individualizat, prin folosirea întregii documentații — dosarul de urmările penală, ancheta socială, foaia de observație etc). (3)

MANIACOFOBIE. v. FOBIE

MANICHEISM DELIRANT. Termenul a fost împrumutat de francezi, de la concepția lui Manès și a discipolilor săi din sec. III asupra luptei dintre bine și rău, ca principiu esențial care stăpînește pămîntul. Dide și Guiraud descriu sub M.D. o modificare patologică a personalității în sensul că bolnavul asistă detașat și indiferent la desfășurarea concomitentă a două delire contradictorii în plină dezbatere, fiecare argumentînd în favoarea sa sau demonstrînd prin contraargumente șubrezenia celuilalt sistem. După Porot, atitudinea de spectator a bolnavului se datorește unui delir care a debutat mai demult și față de care bolnavul are puterea să se detașeze, dar îi lipsește critica să-l recunoască drept o eroare. M.D. poate apare în paranoia, schizofrenie sau în psihozele halucinator delirante. (7)

MANIERISM. Descris de Kläsi (1922), constă în abordarea unui comportament artificial, exagerat, teatral și ridicol, caracterizat printr-o gestualitate studiată, inutilă, lipsită de sens. M. se întîlnește în isterie și schizofrenie. (7)

MANTADAN. v. ADAMANTANAMINA

MAPROTILINA (Ludiomil(R)). Este un derivat de dibenzobiciclo-octadien (compus tetraciclic) cu acțiune antidepresivă, desinhibitoare, calmantă și energizantă. Acționează asupra distimiei depresive precum și asupra fenomenelor de inhibiție și agitație anxioasă. Efectul său terapeutic se instalează rapid. Însușirile sale anxiolitice, antiagresive sînt mai evidente decît în cazul amitriptilinei, dar, spre deosebire de aceasta, efectele sale liniștitoare sînt mai reduse. Indicațiile terapeutice sînt reprezentate de depresii, diferite stări distimice, stările de apatie. Poate determina fenomene secundare colinolitice (uscăciunea gurii, tulburări de acomodare ale vederii, tahicardie), precum și scăderea ușoară a tensiunii arteriale, erupții alergice, astenie și vertij. M. este contraindicată la gravide, în glaucom, și se administrează cu prudență la epileptici, în hipertrofia de prostată,

Scanned with CamScanner

leziuni hepatice și renale grave. Nu se administrează în tratament ambulator la conducătorii de autovehicule. În cursul tratamentului este interzis consumul de alcool. Dacă bolnavul a fost tratat cu IMAO se va păstra un interval liber de 15 zile pînă la aplicarea M. *Preparate. Posologie.* Ludiomilul(R) se prezintă sub formă de drajeuri, de 10; 25 și 50 mg, și fiole, care conțin 25 mg maprotilină metanosulfonat (pe 2 ml). Dozele se vor individualiza, variind între 25—150 mg pe zi, per os, și 25—50 mg, i.v. Administrarea pe această cale se face lent după o prealabilă diluare în ser fiziologic sau apă distilată apirogenă. (5)

MARASM, STARE DE. Formă clinică gravă caracterizată printr-o stare confuzivă asociată cu caşexie, decubitus, ulcere trofice și o foarte scăzută capacitate de rezistență la infecții. M. apare ca un stadiu final preagonic în demențe, psihoze senile. (7)

MARCHIAFAVA-BIGNAMI, BOALA LUI. Formă clinică particulară din cadrul alcoolismului cronic (v. ALCOOLISMUL CRONIC). (7)

MARIHUANA. v. HAŞIŞ

MARINESCU-SJÖGREN, SINDROM. Descris în anul 1931, sindromul M-S, constă în prezența unei debilități mintale profunde, însoțită de cataractă bilaterală și de ataxie. Face parte din bolile heredo-degenerative. (7)

MĂRIRE, DELIR DE. v. DELIR

MARPLAN. v. IMAO

MASCAT, DELIR. v. DELIR

MASOCHISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

MASTIGOFOBIE. v. FOBIE

MASTURBAȚIE. v. IPSAȚIE

MAZURKIEWICZ, SIMPTOMUL LUI. În 1949 s-a descris simptomul „amintirilor inutile", observat în unele boli psihice și caracterizat prin faptul că bolnavul relatează o serie de scene, evenimente, care au existat dar nu au nici o legătură cu tema discuției din momentul respectiv și nici cu condițiile înconjurătoare (Feighin). Simptomul M. apare în ASC, epilepsie, demențe. (7)

MAYER-GROSS, SIMPTOMUL LUI. Complex halucinator de model sinestezic descris de M.G. (1928), în sensul că bolnavii văd și aud oamenii cu care vorbesc, văd florile și le simt parfumul (Feighin). Apare în schizofrenie, parafrenie. (7)

MECAMILAMINA. v. GANGLIOPLEGICE

MECANOFOBIE. v. FOBIE

Scanned with CamScanner

MEDAZEPAM (Nobrium(R), Rudotel(R)). Este un tranchilizant derivat de benzodiazepină. Se absoarbe bine pe cale digestivă iar efectul se instalează rapid (10—40 minute). Are acțiune sedativ-hipnotică slabă însoțită de reechilibrare neurovegetativă. Se elimină lent din organism. *Indicațiile terapeutice* cuprind stările de tensiune psihică, labilitate emoțională, neuroze anxioase și cenestopate, tulburări de comportament, simptome somatice declanșate pe cale psihogenă, tulburări psihice care însoțesc boli organice, tulburări neurovegetative. Fenomenele secundare determinate mai frecvent sînt reprezentate de astenie, somnolență, ataxie. M. potențează acțiunea deprimantă a alcoolului. Este contraindicat în miastenia gravă. Nu se administrează în tratament ambulator la conducătorii de vehicule. Se interzice consumul alcoolului în cursul tratamentului cu M. Preparatul Nobrium(R) se prezintă sub formă de capsule care conțin 5 sau 10 mg M. Rudotel(R) este un alt preparat care se prezintă sub formă de comprimate de 10 mg. M., se administrează în doze de 15—30 mg pe zi. (5).

MEFENITOINA (Mesantoin(R), Sedantoinal(R)). Este un derivat de hidantoină cu proprietăți anticonvulsivante, antiepileptice asemănătoare cu ale difenilhidantoinei (v. DIFENILHIDANTOINA). Are o toxicitate mai mare decît aceasta, motiv pentru care se utilizează terapeutic mai limitat, numai în cazurile refractare la alte medicamente antiepileptice. Se administrează per os 100—600 mg pe zi. Nu se utilizează la gravide. (5).

MEGALOFOBIE. v. FOBIE

MEGALOGRAFIE. Tulburare caligrafică, avînd drept element caracteristic scrierea cu litere mari, de obicei de tipar. M. apare în manie, paranoia, stări demențiale etc. (7)

MEGALOMANIE, DELIR. v. DELIR

MEGIMIDE. v. BEMEGRID

MELANCOLIE. Termen care se referă la un cadru nozografic a cărui sferă a suferit modificări. Privit în perspectivă istorică, termenul a fost utilizat de Hipocrate, care explica tulburările prin teoria sa umorală (de unde și denumirea, melas = negru + chole = bilă). Kraepelin este cel care o atașează conceptului său unic de psihoză maniaco-depresivă (v. PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ). Actualmente, unii autori tind să grupeze sub numele de „melancolii", depresiile psihotice în opoziție cu depresiile neurotice sau reactive, pe cînd alți autori îl utilizează pentru a desemna o formă gravă a sindromului depresiv (indiferent de etiologie). Întrucît se vor-

Scanned with CamScanner

beşte mai frecvent în practica medicală şi psihiatrică de „depresii", se rezervă denumirea de M. pentru depresiile psihotice, concepute tradiţional ca endogene şi caracterizate prin prezenţa, în tabloul clinic, a ideilor delirante din seria micromanică (în special de autoacuzare, vinovăţie, culpabilitate). Debutul este uneori acut şi dramatic (tentativă de suicid), adesea însă lent, insidios caracterizat prin încetineală intelectuală, emotivitate accentuată, iritabilitate, scăderea randamentului muncii, insomnii, slăbire în greutate, constipaţie. În perioada de stare — atitudinea, faciesul, întreaga prezentare a melancolicului este caracteristică, el pare copleşit cu umerii căzuţi, cu ochii fixaţi în pămînt, deplasîndu-se cu greutate, aproape tîrîit. Faţa este imobilă, exprimînd profundă tristeţe şi durere. Se descrie coborîrea în jos a sprîncenelor, a comisurilor labiale, iar ridurile frunţii schiţează clasicul omega melancolic. Melancolicul vorbeşte puţin sau deloc, are o voce monotonă, de intensitate slabă, întretăiată de gemete, suspine, şoapte (bradilalie). Contactul cu interlocutorul se stabileşte dificil dacă nu este imposibil. Cel mai adesea în tabloul clinic predomină inerţia, deşi uneori este prezentă agitaţia anxioasă (bolnavul este neliniştit, merge de colo, colo, îşi frînge mîinile). Psihic sînt interesate în special afectivitatea, ideaţia şi activitatea (elementele tripiedului simptomatic). Tristeţea, durerea morală, este un simptom cardinal, colorat, adesea anxios. Întreg psihismul melancolicului este orientat spre nenorocire, putînd genera idei delirante monotone, sărace, exprimînd umilinţa şi pasivitatea. Temele cele mai frecvent întîlnite sînt cele de nedemnitate, autoacuzare, ruină, sau hipocondriace. Uneori se constituie triada sindromului Cotard (delir de negaţie, damnaţie şi imortalitate). Halucinaţiile se întîlnesc mai rar şi au un conţinut depresiv (prevestesc bolnavului o nenorocire apropiată, îl îndeamnă să se sinucidă etc.). Inhibiţia pe plan psiho-motor o sugerează însăşi prezentarea bolnavului. Acesta este inert, apatic, siderat de un sentiment de neputinţă şi incapabil de a trece la acţiune, rămînînd pasiv în pat. Dinamica gîndirii este încetinită (bradipsihie); bolnavul răspunde la întrebări monosilabic şi după pauze lungi. Atenţia se fixează cu dificultate. Ideile de suicid sînt constante şi pot genera tentative adevărate (10—15% din cazuri). Tentativa de suicid se poate realiza fie la modul raptusului suicidar, fie îndelung gîndită şi pregătită cu atenţie şi grijă, cînd bolnavul induce în eroare anturajul. Refuzul alimentar are aceeaşi semnificaţie (suicidară), ca şi automutilarea. Potenţialitatea suicidului reprezintă elementul de maximă gravitate al accesului M. (care

Scanned with CamScanner

constituie astfel o urgență psihiatrică). Tulburările somatice sînt în mare aceleași cu cele din depresii, în general, de care diferă ca intensitate: anorexie, limba saburală, constipație, halenă fetidică, tulburări cardiovasculare, insomnie rebelă, amenoree, scăderea libidoului etc. Evoluția spontană a accesului melancolic este de 6—8 luni (crescînd cu vîrsta), iar vindecarea survine brusc sau progresiv. Terapeuticele moderne favorizează scurtarea apreciabilă a accesului. *Formele clinice* mai importante sînt *M. anxioasă,* cu o simptomatologie mai intensă, în care ideile delirante de nedemnitate, autoacuzare și anxietate ajung la paroxism; *M. delirantă,* în care, pe prim plan, se situează ideile delirante de persecuție sau hipocondriace, *M. stuporoasă,* în care activitatea psihomotorie este puternic inhibată, pînă la stupoare. Sub raport evolutiv s-a descris clasic *M. cronică,* formă rară astăzi, în urma aplicării chimioterapiei și sismoterapiei. Etiologic, în afară de forma aparținînd psihozei maniaco-depresive, s-a descris (de către Kraepelin), *M. de involuție,* care apare între 40—55 de ani, la subiecți fără episoade maniaco-depresive în antecedente. Clinic se remarcă prin intensitatea anxietății, prin înlocuirea inhibiției cu agitație, prin intensitatea ideilor de autoacuzare și prezența frecventă a sindromului Cotard. Diagnosticul pozitiv al M. se bazează pe evidențierea elementelor triadei depresive (hipertimie dureroasă, inhibiție pe plan ideativ și motor). Diagnosticul diferențial se impune în forma stuporoasă cu stupoarea confuzională, în care predomină obnubilarea, tulburarea orientării temporo-spațiale și se decelează semne infecțioase sau toxice și cu cea catatonică, în care apare negativismul, opoziția activă la tendințele de mobilizare, tendința de păstrare a atitudinilor impuse. *Tratament* (v. Tratamentul DEPRESIILOR). (3)

MELLARIL(R). v. TIORIDAZINA

MELLERIL(R). v. TIORIDAZINA

MELLERETTEN. v. TIORIDAZINA

MELITOTERAPIE. v. MELLTERAPIE

MELLTERAPIE, sin. MELITOTERAPIE. v. PSIHOTERAPIE

MEMBRUL FANTOMĂ. Un complex de tulburări de percepție, situate la interferența dintre agnozii și halucinații, care constă dintr-o varietate mare de false percepții localizate distal în porțiunea membrului amputat și manifestate sub formă de parestezii, algii, arsuri, prurit, presiune etc. M.F. se datorește unei tulburări de schemă corporală manifestat printr-un deficit de integrare reală a situației prezente (de după amputare), pro-

Scanned with CamScanner

babil cauzată de suprimarea aderențelor senzitive și în același timp de intensificarea imaginii preexistente amputației membrului respectiv. (7)

MENINGITA ACUTĂ. Termenul definește inflamația acută a meningelui cauzată de agenți infecțioși variați (bacterii, virusuri, protozoare, metazoare, fungi), ce poate cointeresa și substanța nervoasă adiacentă, realizîndu-se o meningo-encefalită sau meningo-mielită. Criteriul frecvent de clasificare al meningitelor este aspectul LCR, deosebindu-se: *M. cu lichid clar*, de obicei virotice; *M. cu lichid tulbure*, în majoritate de origine bacteriană, și *M. cu lichid hemoragic*, eventualitate mai rară, cu etiologie de obicei bacteriană. Este necesară stabilirea unui diagnostic etiologic prin explorări de laborator. Evolutiv, comparativ cu M. bacteriene, se menționează caracterul în general benign al M. virotice. Interferența propriu-zisă cu patologia psihiatrică se realizează în domeniul posibilelor sechele tardive, preponderent la copil, atît din punct de vedere neurologic (sindroame paralitice, deficite senzoriale, epilepsie), cît și psihice, reprezentate, în principal, de întîrzierea în dezvoltare (oligofrenie), fenomene de tip psihopatoid (tulburări de comportament), instabilitate psiho-motorie. În general, indicele mai mare de sechele se întîlnește la copii, cu precădere sub vîrsta de 2 ani. (6)

MENOPAUZA. Termen folosit pentru a defini perioada în care survine oprirea definitivă a ovulației și a ciclurilor menstruale la femeie (denumită și climacterium). M. este un fenomen fiziologic, care apare de obicei între 45—54 de ani. Încetarea funcțiilor glandelor genitale antrenează o serie de tulburări în întreg sistemul endocrin. În plus această perioadă de criză biologică („vîrstă critică") marchează debutul proceselor involutive, de îmbătrînire, la care se adaugă uneori și o serie de evenimente psihotraumatizante ca doliu, decepții afective, despărțiri de copii (Lévy Valensi „Menopauza morală"). În majoritatea cazurilor M. este parcursă silențios, fără incidente. femeia adaptîndu-se noii situații, pe care o privește ca pe ceva natural. Psihopatologic pot apare tulburări ca: modificări caracteriale și afective (labilitate emoțională, dispoziție instabilă, emotivitate exagerată, mai ales la polul anxios, susceptibilitate crescută, tendințe interpretative, iritabilitate, irascibilitate, dereglări ale ritmului nictemeral, coșmaruri etc.). Se mai semnalează obsesii (cu teme de gelozie sau hipocondriace), fobii sau chiar impulsiuni (ex. dipsomania). Instabilitatea psihică merge paralel cu semnele de instabilitate neuro-vegetativă

Scanned with CamScanner

(bufee de căldură, transpirații, palpitații, cefalee, vertij, uneori oscilații tensionale etc.). Aceste tulburări dispar spontan (în cîteva luni, pînă la maximum 2 ani); uneori însă, în afară de repaus și regim igienic de viață, este nevoie de o intervenție terapeutică mai energică (cu neuroleptice sedative, în doze mici, tranchilizante, hipnotice și tratament hormonal). Rareori apar în cursul M. tulburări psihice mai grave, care evoluează însă pe un „teren" predispozant, cu o anumită încărcătură familială, M. putîndu-i-se acorda rolul de factor declanșator (prin tulburările endocrine și „bulversarea" psihologică pe care le antrenează). Se citează astfel tulburări caracteriale mai accentuate (gelozie patologică, agresivitate, ostilitate, tendințe de tiranizare a anturajului, zgîrcenie, manifestări cverulatorii și procesomane, cochetărie deplasată, erotomanie etc.). Psihozele îmbracă un tablou particular, cel mai adesea de tipul sindroamelor depresive (fie că M. facilitează la vechii periodici apariția unui nou puseu depresiv, fie că apar tablouri depresive pentru prima oară — așa-zisele „M. de involuție"). Cenestopatiile apar frecvent în cadrul simptomatologiei acestor depresii. Mai rar pot apare tablouri maniacale, cu stări de agitație sau stări hipomaniacale. Au fost descrise și bufee delirante din seria paranoidă, mai ales de tip pasional, cu teme de gelozie, persecuție, erotice, prejudiciu. Așa cum subliniază însă toți autorii, este necesară multă rezervă și atenție în atribuirea acestor tablouri delirante doar tulburărilor ocazionate de M. devenind obligatorie în asemenea cazuri studierea personalității premorbide, a terenului, a condițiilor socio-familiale. Dealtfel, în interpretarea tuturor tulburărilor psihice care apar în perioada M. trebuie luați în considerare o serie de factori psihologici (situația familială și conjugală creată de această perioadă critică, neînțelegerea celor apropiați pentru femeia la M. și pentru tulburările ei, modul în care aceasta acceptă îmbătrînirea, perspectiva declinului psiho-fizic etc.). În M. artificială (prin castrare chirurgicală sau radiologică), în aproximativ 70% din cazuri nu apar alte tulburări decît accentuarea susceptibilității și iritabilității (Porot). Uneori însă, pot apare tulburări neurotice sau psihotice, care se instalează mai rapid și brutal, datorită dezechilibrului hormonal crescut. În adoptarea unei atitudini terapeutice în fața tulburărilor psihice din perioada M. este necesară o strînsă colaborare între psihiatru și endocrinolog, pentru a stabili un diagnostic precis, de care depinde și succesul tratamentului. (3)

Scanned with CamScanner

MENTISM. Descris de Chaslin, M. este o adevărată rumineție intelectuală: ideile parcă ar defila în fața bolnavului, care nu le mai poate dirija, nici opri, iar bolnavul este obligat să asiste pasiv și chinuitor la această desfășurare. M. survine în insomnie, depresie, psihastenie, schizofrenie etc. (7)

MEPROBAMAT (Procalmadiol, Meprobamat(+), Andaxin(R), Atraxin(R), Equanil(R), Harmonin(R), Miltown(R), Paxin(R), Pertranquil(R), Perquietil(R)). Este un derivat de propandiol, care se absoarbe bine după administrare per orală, determinînd un efect tranchilizant, cu o durată de aproximativ 4—5 ore. Dozele uzuale nu deprimă activitatea corticală, în timp ce dozele mari diminuă performanțele psihometrice. M. favorizează instalarea somnului fiziologic. De asemenea are acțiune miorelaxantă centrală și anticonvulsivantă. Nu are acțiune antipsihotică. Efectele sale vegetativotrope sînt reduse. Mecanismul de acțiune tranchilizantă se explică prin inhibiția determinată asupra conexiunilor talamocorticale, sistemului limbic, sistemului reticular activator ascendent și a conexiunilor interneuronale spinale. M. este *indicat* în tulburările neurotice, care însoțesc unele boli organice, stări de tensiune psihică, stări anxioase, hiperemotivitate, insomnii, neuroze anxioase, depresive și cenestopate, psihopatii, tulburări de comportament, la copii și bătrîni, logoneuroze, sindrom de abstinență la toxicomani, ca tranchilizant pre- și postoperator, în stările de tensiune premenstruală, adjuvant în parkinsonism, în stări spastice, ulcer duodenal, HTA, hipertiroidism etc. Poate produce numeroase *efecte secundare*, care constau în cefalee, tulburări de acomodare vizuală, stare de apatie, somnolență, euforie, vertij, tremurături, ataxie, disartrie, greață, vărsături, diaree, stomatite, anemie aplastică, leucopenie trecătoare, adenopatie, edeme, erupții alergice, sindrom Stevens—Johnson, atralgii, febră, bronhospasm, anemie, șoc anafilactic etc. Uneori poate determina stimularea SNC. La epileptici poate să declanșeze crize convulsive. Dozele excesive pot produce paralizie flască. Dozele toxice determină comă, colaps și paralizie respiratorie. În cazuri de suicid, moartea se produce după 6—20 g. M. trece prin placentă și laptele matern, putînd avea efect toxic asupra copilului. La animale diminuă fertilitatea. Sub acțiunea M. este potențat efectul toxic al etanolului (intoxicație acută după ingerarea unei cantități reduse de alcool). Administrarea repetată, timp îndelungat a M. determină instalarea toleranței, dependenței fizice și psihice (Miltownism). Întreruperea bruscă a tratamentului în aceste condiții declanșează apariția sindromului de abstinență, care constă în hiper-

Scanned with CamScanner

excitabilitate, irascibilitate, anxietate, insomnii, confuzie mintală, tremurături, convulsii. M. este contraindicat în caz de comă şi intoxicaţii cu medicamente care au acţiune deprimantă asupra SNC, agitaţie psihomotorie, psihoze, epilepsie, boli organice (hepatice, renale) alergie la M. şi substanţe cu structură chimică înrudită, ca fenaglicodolul (Ultran(R)), mefenezină etc. Se utilizează cu prudenţă la gravide şi la femeile care alăptează. Unele medicamente stimulează metabolizarea M. (ex. barbituricele, aminopirina, fenilbutazona, clorpromazina), modificîndu-i acţiunea. M. administrat repetat determină accelerarea propriului metabolism, datorită inducţiei enzimatice. Acest fenomen explică instalarea toleranţei. Pentru evitarea acestui fenomen, M. se prescrie în cura terapeutică care să nu depăşească 2—3 săptămîni. În timpul tratamentului cu M. este contraindicat consumul alcoolului. M. nu se prescrie în tratament ambulator la bolnavii care exercită profesiuni unde sînt necesare reacţii psihomotorii prompte (conducătorii de vehicule, dispeceri, impiegaţi de mişcare etc.). *Preparate. Posologie.* Meprobamatul(+) se prezintă sub formă de comprimate de 400 mg. Se administrează 200—1200 mg pe zi, fracţionat. Dozele maxime per os sînt de 0,80 g o dată şi 2,50 g pe zi (FR. IX). Există preparate din care medicamentul se eliberează lent (Meprospanul(R)). M. poate fi asociat cu timoleptice, în anxietatea psihotică, sau cu neuroleptice, în sindroamele paranoide anxioase (Ciurezu şi colab., 1973). Meprozinul(R) este o asociaţie între M. şi aceprometazină. De asemenea M. poate fi asociat cu colinolitice (Deprol(R), Sedapon(R), Milpath(R), Pathibamat(R)), coronarodilatatoare (Miltrat(R)), estrogeni (Milprem(R)) etc., preparatele respective utilizîndu-se în bolile în care, diverse suferinţe organice, sînt însoţite şi de simptome psihice. Ulcomplexul(+) conţine pe comprimat 200 mg hidroxid de aluminiu, 10 mg. butilscopolamină şi 200 mg meprobamat, fiind indicat în ulcerul gastroduodenal (de 3 ori pe zi cîte un comprimat, la 1—2 ore după mîncare). Insistăm asupra faptului că acest preparat, pe lîngă efectele secundare determinate de componentele sale cu acţiune antiacidă şi parasimpaticolitică, poate determina acţiunile adverse descrise la M. Produsul este contraindicat, ca şi M., în tratamentul ambulator al persoanelor care exercită profesiuni ce reclamă reacţii psihomotorii prompte şi precise. (5)

MERASTENIE AGITANTĂ, sin. şi v. ECKBORN, SINDROMUL

Scanned with CamScanner

MERICISM. Se foloseşte în două sensuri: a) Tendinţa de a amesteca fără încetare alimentele introduse în gură, tendinţă care survine mai ales în stări demenţiale; b) regurgitarea voluntară a alimentelor din stomac în gură şi mestecarea lor ca o adevărată rumineţie (Marchais). (7)

MESANTOIN. v. MEFENITOINA

MESCALINA (3,4,5-trimetoxifenil-2-etilamină) este un alcaloid izolat din peyote (peyotl). Acest drog se obţine din cactusul Anhalonium Lewinii, care creşte în sudul SUA şi Mexic. M. administrată în doze de 100—700 mg per os sau i.v. determină apariţia unui sindrom în cadrul căruia fenomenele vegetative se aseamănă cu cele produse de LSD; ele însă sînt repede mascate de tulburări motorii (ataxie, hiperkinezie, dizartrie) şi de halucinaţii polisenzoriale. Halucinaţiile vizuale sînt colorate, apar sub forma unor scîntei, săgeţi strălucitoare, desene geometrice etc. De asemenea se pot produce sinestezii, sub forma audiţiei colorate — fenomen studiat la noi de G. Marinescu şi V. Sava (1929). M. nu produce somn, nici amnezie, dar, după un consum îndelungat, poate produce tulburări ale personalităţii. Fenomenele psihodisleptice se pot menţine 8—12 ore. În doze mai mari, M. deprimă respiraţia. Se crede că M. acţionează prin intermediul unui metabolit (3,4,5-trimetoxifenil-etanol). (5)

MESORIDAZINA (Lidanil(R), Serentil(R)) este un derivat piperidinic al fenotiazinei avînd acţiune anxiolitică. Se utilizează în neurozele anxioase sau în neurozele însoţite de tulburări cardiovasculare, mai rar în schizofrenie, alcoolism. Efectele secundare şi contraindicaţiile sînt comune cu ale altor derivaţi fenotiazinici. Se administrează per os, 5—15 mg pe zi. În schizofrenie, dozele vor fi mai mari; iniţial se administrează 50 mg apoi se măresc treptat pînă la 100—400 mg pe zi. Există şi forme injectabile (Serentil(R)), pentru administrare i.m. Această formă se aplică la început, în cazul bolnavilor agitaţi. (5)

METABOLIC, DELIR, sin. METABOLIC, DE TRANSFORMARE. v. DELIR

METAFIZIC, DELIR. v. DELIR

METALOFOBIE. v. FOBIE

METAMINODIAZEPOXID. v. CLORDIAZEPOXID

METAMORFOZA, DELIR. v. DELIR

METAMORFOPSII. v. ILUZIE

METEOROFOBIE. v. FOBIE

Scanned with CamScanner

METILFENIDAT (Centedrin(R), Ritalin(R)). Este un stimulent al sistemului nervos central, cu efecte similare cu ale amfetaminei, dar mai slabe. (v. AMFETAMINE). Este în schimb mai activ decît cofeina. *Indicații terapeutice.* M. se poate folosi în tratamentul stărilor depresive, dar cu rezultate discutabile. Este în schimb eficace în narcolepsie. Se mai poate utiliza în cazul unei supradozări cu medicamente sedativo-hipnotice și tranchilizante. Combinat cu un antihistaminic, se pare că este util în tratamentul rinitelor alergice și vasomotorii. *Contraindicații:* stări depresive cu agitație, HTA; se recomandă prudență la epileptici. *Efecte secundare:* insomnie (a nu se administra după ora 16) (se va combina eventual cu un tranchilizant minor sau chiar major, pentru a preveni insomnia, excitația, palpitațiile, vertijul, anorexia, tremorul, tulburările dispeptice). Administrarea parenterală poate crește presiunea arterială și poate provoca uneori aritmii cardiace. Există riscul toleranței și al obișnuinței (la administrări repetate, în scop de dopare sau ca euforizant). *Preparate. Posologie.* Preparatele Ritalin(R) sau Centedrin(R) sînt formate din comprimate de 20 mg. Se administrează un comprimat de 2—3 ori pe zi. Pentru administrări parenterale (care se recomandă numai în cazul intoxicațiilor cu deprimante ale SNC se folosește o soluție preparată extemporaneu, cîte 10 mg de 3 ori pe zi; în cazuri grave doza poate fi crescută pînă la 20—30 mg, tot la 30 de minute. (1)

METILPERIDOL. Este un neuroleptic derivat metilfenilpiperidinic de butirofenonă. Se absoarbe bine din tubul digestiv și de la locul injecției. În experiențele pe animale s-a dovedit un neuroleptic puternic. Potențează acțiunea medicamentelor cu efecte deprimante asupra SNC. Cercetările farmacodinamice nu au pus în evidență un efect anticonvulsivant remarcabil. Dozele mari produc uneori hipotensiune. În clinică s-a dovedit a fi un antipsihotic mai puțin eficace decît haloperidolul, dar avînd totuși o bună acțiune halucinolitică, antidelirantă și anxiolitică; înlătură autismul. Facilitează inițiativa și reinserția socială a bolnavului, dînd rezultate bune în asocierea cu psihoterapia și cu ergoterapia. M. este indicat în schizofrenia acută și cronică, mai ales în formele paranoid-halucinatorii, de asemenea în stări maniaco-depresive, în melancolie delirantă, în sindroame depresiv-paranoide, în sindroame organice și toxice, în tulburări psihice la epileptici, în psihopatii. Este un medicament mai bine tolerat decît haloperidolul, cu toate că poate produce efecte secundare ca ameteli, tulburări extrapiramidale-parkinsoniforme, și, mai rar, alergii. Nu are efecte sedative

Scanned with CamScanner

(ca și haloperidolul). *Contraindicațiile* sînt similare cu ale haloperidolului. Nu se administrează în depresiile endogene inhibate sau cu agitație psihomotorie, în boala lui Parkinson, în sarcină. Se utilizează cu prudență la cardiaci, în afecțiuni hepatice, renale etc. *Preparate. Posologie.* Luvatrenul(R) se prezintă sub formă de comprimate și fiole care conțin 5 mg metilperidol. Există o soluție buvabilă 0,5% (5 mg/ml). Tratamentul se individualizează dozele fiind cuprinse între 5—15 mg pe zi per os. (De ex. la început, în primele 3 zile, se administrează 5—10 mg pe zi, din ziua a 3-a—5-a, cîte 15 mg pe zi etc.). Dozele pot fi mărite pînă la 30 mg (eventual 60—75 mg pe zi). După obținerea efectului terapeutic, doza se reduce treptat. Luvatrenul este bine tolerat în cure cronice, în special în schizofrenie (5—15 mg pe zi). În formule acute, agitate, M. poate fi administrat parenteral (i.v. sau i.m.) 5—10—15 mg pe zi. Fenomenele extrapiramidale, care apar în cursul tratamentului, se pot antagoniza cu antiparkinsoniene (v. ANTIPARKINSONIENE). (5)

METILXANTINE. N-metilderivații xantinei (di- și trimetilxantinele) sînt alcaloizi cu importante însușiri farmacodinamice și terapeutice (cofeina, teofilina și teobromina). Intensitatea acțiunii farmacodinamice a acestora diferă după natura substanței respective. Efecte psihostimulante posedă cofeina, care acționează puternic (stimulent psihomotor) și teofilina, cu efecte mai reduse. Toate au importante acțiuni farmacodinamice periferice (coronaro și bronhodilatatoare, diuretice). v. și COFEINA. (5)

METOTRIMEPAZINA. v. LEVOMEPROMAZINA

METROMANIE. v. NIMFOMANIE

MEYNET, BOALA LUI. Tulburări psihice de tip oniric, care survin concomitent cu reumatismul poliarticular acut (Feighin). (7)

MICROCEFALIE. Anomalie de dezvoltare a SNC și a craniului (care nu atinge dimensiunile corespunzătoare vîrstei), datorită suturării precoce a oaselor craniene sub influența unor factori interni (endocrini) sau externi (infecțioși, toxici). Craniul mic de volum are redus mai cu seamă diametrul antero-posterior, realizînd un indice cefalic sub 77. (Indicele cefalic reprezintă raportul dintre diametrul antero-posterior și cel transversal × 100). Craniul microcefalic are fruntea teșită și regiunea occipitală aplatizată. Aspectului somatic caracteristic îi corespunde și un grad de nedezvoltare intelectuală (imbecilitate), la care se asociază și semne neurologice: rigiditate musculară,

Scanned with CamScanner

hiperreflexie osteo-tendinoasă etc. Bolnavii au o rezistență scăzută la infecții și o viață medie în jur de 20 de ani. Anatomopatologic se constată leziuni macroscopice cerebrale evidente: agenezii cerebrale, microgirii, agirii etc. (v. și OLIGOFRENIE). (2)

MICROFOBIE. v. FOBIE

MICROGIRIE. Aspect anatomopatologic macroscopic al scoarței cerebrale, caracterizat printr-o lipsă de dezvoltare a circumvoluțiunilor cerebrale, care apar șterse, slab conturate. Microscopic îi corespunde o lipsă de dezvoltare a celulelor scoarței cerebrale, care iau un aspect atrofic. M. este consecința unor agresiuni cerebrale toxice, infecțioase sau de altă natură, exercitate în timpul vieții intrauterine care opresc dezvoltarea normală a SNC; M. sînt responsabile de o scădere accentuată în dezvoltarea intelectului. (2)

MICROGRAFIE. Scris mărunt, linear, greu de citit, întîlnit în depresie, melancolie, parafrenie, schizofrenie. (7)

MICROMANIE, DELIR. v. DELIR

MICROPSICĂ, ILUZIE. v. ILUZIE

MICROMANIACAL, DELIR, sin. MICROPTIC. v. DELIR

MICROPTIC, DELIR, sin. MICROMANIACAL. v. DELIR

MICROTELOPSIE. v. ILUZIE

MIFOFOBIE. v. FOBIE

MIGRENA. Tip de cefalee hemicraniană, cu caracter pulsatil, ce apare în crize cu durată și intensitate variabile, însoțită de fenomene vegetative și uneori psiho-senzoriale. Patogenia este vasculară, iar din punct de vedere dinamic, se distinge o fază inițială, în care se produce o vasoconstricție cerebrală difuză, cu transudație și acumulare de substanțe histaminice, urmată de vasodilatație cerebrală paralitică (ce corespunde clinic durerii); ulterior edem și, în final, dispariția treptată a metaboliților histaminici, cu estomparea progresivă a simptomatologiei, existînd și posibilitatea manifestării reziduale a unei stări de oboseală, somnolență sau cefalee difuză de intensitate mică, pentru o perioadă, în medie, de cîteva ore. Există mai multe forme clinice de M. Schema terapeutică uzuală a crizei migrenoase se bazează pe administrarea de tartrat de ergotamină, asociat cu citrat de cafeină. (6)

MINKOWSKI, SINDROMUL LUI. În 1945, Minkowski a descris sindromul „anesteziei emoționale", care apare după o îndelungată suferință morală și fizică cu grave consecințe asupra personalității. Astfel la prizonierii din lagărele de concentrare s-a constatat o vădită scădere a sentimentelor socio-

Scanned with CamScanner

morale; neîncredere, anxietate, prevalența reacțiilor elementare impulsive și instinctuale (Feighin). (7)

MIRENIL. v. FLUFENAZINA

MISSOFOBIE. v. FOBIE

MISTIC, DELIR, HALUCINAȚIE. v. DELIR și HALUCINAȚIE

MITOFOBIE. v. FOBIE

MITOMANIE, sin. MINCIUNĂ PATOLOGICĂ. Denumită și caracterizată de Dupré, M., ca produs al imaginației, este folosită de bolnavul mintal în scopul salvării unei situații. După Porot, M. s-ar putea împărți în malignă, perversă și vanitoasă. M. survine cu precădere în neuroze, psihopatii, debilitate mintală. (7)

MITOPLASTICITATE. Denumire folosită de E. Dupré spre a defini capacitatea unor persoane isterice — în special — de a traduce, pe plan psihomotor, o serie de tulburări imaginate în prealabil. (7)

MNESTICE, sin. MNEZICE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE și ILUZIE

MODITEN. v. FLUFENAZINA

MOGADON. v. NITRAZEPAM

MOGIGRAFIE. Tulburare de scris caracterizată printr-o greutate mare în a se exprima pe această cale. (7)

MOGILALIE. Greutate în a vorbi, a se exprima verbal.

MOLISMOFOBIE. v. FOBIE

MONOIDEISM. Sărăcirea, lentoarea sau îngustarea cîmpului ideativ, cu restrîngerea preocupărilor la cîteva teme apropiate, constante și perseverente. M. se întîlnește în depresie, schizofrenie, demență. (7)

MONOCROME, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

MONOCULARE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

MONOFOBIE. v. FOBIE

MONOPATOFOBIE. v. FOBIE

MONTAJ (EEG). Ansamblu realizat prin combinarea unor derivații într-un anumit sistem, care în general este standardizat. Conexiunile dintre electrozii plasați pe scalp se realizează într-o anumită manieră. Printre principalele M. utilizate în EEG se menționează: *M. circular* (conexarea electrozilor în sens circular), *M. longitudinal* (conexarea longitudinală a electrozilor), *M. transversal* (conexarea transversă a electrozilor). Pentru realizarea unei bune înregistrări este necesar să se utilizeze cel puțin două M. (v. DERIVAȚIE, ELECTROD, EEG). (6)

Scanned with CamScanner

MORBUS SACER. Termen arhaic prin care era definită epilepsia în condițiile necunoașterii etiopatogeniei, cînd se atribuia factorilor divini originea crizelor epileptice. (6)

MORFINA. Este alcaloidul principal al opiului (5—15%), chimic fiind un derivat de fenantren. Are aspectul unei pulberi albe cristaline, cu gust amar, insolubilă în apă. Sărurile (clorhidrat, sulfat) sînt solubile în apă. M. acționează lent după administrare per os, deoarece se absoarbe încet din tubul digestiv. În schimb, după injectarea sa s.c. sau i.m. efectele apar rapid. Eliminarea M. se face lent pe cale renală, în cea mai mare parte sub formă metabolizată (90%). Alte căi de eliminare sînt constituite de tubul digestiv, placentă și glandele mamare (cantități reduse). Efectele M. asupra organismului sînt multiple, sistemul nervos avînd o sensibilitate particulară. Influențele M. asupra SNC sînt complexe, deprimînd sau stimulînd diferite zone. Acțiunea principală pentru care se utilizează în terapeutică este cea analgezică. Sub influența M. dispare perceperea durerii moderate și este diminuată intensitatea durerilor mari, somatice sau viscerale. Pe lîngă modificarea pragului la durere (creșterea pragului perceperii dureroase), diminuă reacțiile psihice, mai ales anxietatea și dezorganizarea comportamentului care însoțesc durerea. Efectul analgezic este maxim după o oră și poate dura 4—6 ore. Analgezia poate fi urmată de somnolență sau somn, la majoritatea subiecților. Sub acțiunea dozelor mici de morfină se produce scurtarea timpului de reacție, dar după o perioadă de timp, reacțiile vor fi întîrziate. Dozele mari determină de la început efect deprimant. Sub acțiunea acestui medicament diminuă atenția, capacitatea de concentrare, asociațiile se fac cu întîrziere iar pe testele psihometrice crește frecvența greșelilor. Ideația poate fi stimulată. M. scade autocontrolul. Un alt efect al M. îl constituie starea de euforie însoțită de reverie, care este cauza principală a morfinomaniei. În unele cazuri M. poate determina o stare de disforie, anxietate, stare de excitație psihică și delir. La unii indivizi, M. are acțiune afrodiziacă, în timp ce la alții este anafrodiziacă. Sub influența M. se produce mioză și creșterea presiunii intraoculare. Mioza se menține și la persoanele tolerante. În afara efectelor menționate, M. acționează și asupra altor etaje ale SNC; centrii respiratori și centrul tusei fiind deosebit de sensibili la acțiunea sa. Chiar în doze subanalgezice, se produce o ușoară deprimare a centrului respirator. După doze analgezice diminuă atît ritmul cît și amplitudinea respirației. Acțiunea antitusivă, deși este intensă, nu

Scanned with CamScanner

se poate întrebuința terapeutic, datorită riscului (dezvoltării) morfinomaniei. Dozele toxice de M. produc paralizia centrului respirator. M. deprimă centrul vasomotor și termoreglator în timp ce alți centri sînt stimulați. Astfel, după doze mici poate apărea greață și vărsături, la unii indivizi (16%), datorită acțiunii. M. asupra zonei chemoreceptoare (trigger), care declanșează centrul vomei. Dozele mari au un efect invers. Sub acțiunea M. sînt stimulați centri reflecși medulari. M. are influențe și asupra sistemului vegetativ (stimulare parasimpatică, acțiune anticolinesterazică, acțiune simpatomimetică) precum și asupra glandelor endocrine (eliberare de ACTH și ADH). M. este o substanță histaminoeliberatoare. O acțiune importantă a M. este cea exercitată asupra musculaturii netede. La început crește amplitudinea peristaltismului gastric și se accelerează evacuarea conținutului. Acest răspuns pasager este urmat de diminuarea tonusului și a motilității gastrice însoțite de contracția pilorului și augumentarea tonusului duodenal. În felul acesta întîrzie evacuarea stomacului. La nivelul intestinului subțire crește tonusul și diminuă peristaltismul, prelungindu-se pasajul. Evacuarea colonului poate întîrzia pînă la 24 ore. Diminuarea tranzitului, scăderea secrețiilor tubului digestiv și a reflexului de defecare determină constipație. Acest efect se menține și în caz de toleranță (morfinomanie). *Mecanism de acțiune.* Acțiunea analgezică a M. se explică prin modificarea algognozei, a integrării psihologice a durerii și a diminuării reacției afective la durere. M. acționează asupra conexiunilor talamocorticale și a unor arii corticale implicate în procesele menționate mai sus. Se produce o stare similară cu aceea rezultată din secționarea căilor talamice care converg spre lobul frontal. Producerea spasmelor asupra musculaturii netede se datorește acțiunii colinomimetice. *Indicațiile terapeutice.* M. este folosită mai ales pentru efectul său analgezic. Utilizarea sa în acest scop trebuie făcută însă cu multă prudență, ținînd seama de riscul dezvoltării dependenței. Din acest motiv, M. se va aplica numai în cazurile în care alte analgezice sînt ineficiente (de ex. dureri neoplazice, traumatisme, arsuri, colici grave, dureri tabetice, obstrucție vasculară periferică, infarct miocardic, dureri postoperatorii). În afara acestora se mai poate utiliza în prenarcoză, șoc compensat, astm cardiac, edem pulmonar acut cardiogen, intoxicație cu atropină. Efectele secundare sînt reprezentate de greață, vărsături, spasmul musculaturii bronșice și al căilor biliare, constipație, oligurie, retenție urinară, mioză, creșterea presiunii intraoculare și a presiunii

Scanned with CamScanner

LCR, hipotensiune arterială, tremurături, hipertonie musculară, stare de hiperexcitabilitate nervoasă, convulsii, erupții cutanate. Supradozarea determină intoxicația acută manifestată prin deprimarea respirației, mioză, tegumente palide, extremități cianotice, convulsii, delir, somnolență, stare comatoasă. În această fază apare midriaza. La persoanele care nu prezintă toleranță dozele mai mari de 50 mg pot fi letale. După administrări repetate M. determină toleranță și dezvoltarea toxicomaniei (v. OPIOMANIE). Toleranța și dependența sînt încrucișate și pentru alte opiacee. M. este contraindicată în caz de abdomen acut, tr.cr.cr., hipertensiune intracraniană, edem cerebral, stări de deprimare a centrului respirator, stări hipoxice, stări congestive pulmonare, emfizem pulmonar, afecțiuni pulmonare cronice, astm bronșic, insuficiență cardiacă dreaptă, constipație, pancreatită acută hemoragică, intervenții pe căile biliare, insuficiență hepatică, insuficiență renală, hipertrofie de prostată. Nu se administrează la gravide, în perioada alăptării, la sugari și copii mici. Alcoolismul acut, delirium tremens, intoxicația cu medicamente sau toxice care stimulează măduva reprezintă de asemenea contraindicații. Se va asocia cu prudență cu medicamentele care deprimă SNC și cu antidepresive. (Stroescu, 1978). Se va evita utilizarea M. la copii sub 15 ani, la bolnavii debili, la bătrîni, la cei care prezintă mixedem sau au alergie la acest medicament. *Preparate. Posologie.* Morfina clorhidrică(+) se administrează sub formă de fiole (20 mg/1 ml) s.c. și i.m., în doză de 10—15 mg o dată. În caz de nevoie, doza poate fi repetată de 3 orî pe zi. Doza maximă pe cale s.c., pentru o dată, este de 20 mg, și de 60 mg pe zi. (FR. IX). În caz de colici, pentru a antagoniza efectul său spasmogen, se va asocia cu antispastice de tipul atropinei (Morfină cu Atropină(+)). Administrarea M. pe cale bucală nu este recomandabilă deoarece absorbția sa este lentă și incompletă. M. face parte dintre substanțele stupefiante a cărei utilizare trebuie prescrisă conform legislației în vigoare. (v. STUPEFIANTE). (5)

MORFINOMANIE. v. OPIOMANIE

MORIA. Tulburare de afectivitate incadrabilă în formele de hipertimie pozitivă. Descrisă inițial în leziunile lobului frontal (mai ales tumorale), ca o stare de optimism, jovialitate expansivă, tendința de a face glume (mai adesea pornografice), asociată cu o scădere a simțului critic. Frapează contrastul dintre această euforie și gravitatea bolii somatice. Jastrowitz consideră că elementele particulare ale sindromului frontal ar fi excitația, euforia, puerilismul și tendința de a face calambu-

Scanned with CamScanner

ruri. Se pare că valoarea sindromului moriatic, ca indicator al localizării frontale a leziunii, este relativă (putînd apare şi în tumori ale altor regiuni). (3)

MORSIER, SINDROMUL LUI, De. Acest autor a descris trei sindroame clinice diferite (după Marchais): *sindromul Ch. Bonnet — G. de Morsier,* (1936), caracterizat prin halucinaţii ce apar la bătrîni fără a fi însoţite de tulburări demenţiale; *sindromul G. de Morsier,* sin. Displazie olfacto-genitală (1955), un sindrom neuro-endocrin în care se observă eunucoidism şi agenezia lobilor olfactivi; *sindromul G. de Morsier,* sin. sindrom senzitivo-senzorial (1944), caracterizat prin adinamie, tulburări de comportament, analgezie profundă, hiperestezie corneeană, anosmie şi îngustarea concentrică a cîmpului vizual. (7)

MULTIGLUTIN. v. GLUTAMAŢI. AC. GLUTAMIC

MULTISENZORIALE, HALUCINAŢII, ILUZII. v. HALUCINAŢIE şi ILUZIE

MÜNCHHAUSEN, SINDROM. Descris în 1951, se caracterizează printr-o formă specială de patomimie (după Marchais) în care bolnavul solicită cu insistenţă o serie de intervenţii chirurgicale şi reuşeşte să le obţină, cu toate că nu există un substrat morbid care să motiveze actul chirurgical. Survine în psihopatie, isterie, schizofrenie, oligofrenie etc. (7)

MUSITANT, DELIR. v. DELIR, CARFOLOGIE

MUSOFOBIE. v. FOBIE

MUTACISM. Refuz de a vorbi. (7)

MUTISM. Blocaj verbal total, care poate fi cauzat de negativism, idei delirante, stări stuporoase sau chiar de simulare. (7)

MUTISM AKINETIC. Sindrom care apare brusc în urma unei emoţii intense, a unei stări de şoc psihic, tr.cr.cr., accidente vasculare cerebrale, tumori de ventricul patru, şi este caracterizat prin prezenţa unui mutism însoţit de blocajul întregii activităţi psihomotorii voluntare, împreună cu inhibarea funcţiilor senzitivo-senzoriale. Persoana rămîne într-o stare de încremenire cu păstrarea unei stări de veghe aparente (Lăzărescu-Broşteanu). (7)

MUZICALE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

MUZICOTERAPIE. v. MELLTERAPIE

MYDETON. v. TOLPERISON

MYDOCALM. v. TOLPERISON.

Scanned with CamScanner

NALORFINA (Antorfin(R), Lethidrone(R)). Este un antagonist al morfinei avînd o tsructură chimică apropiată acesteia, fiind N-alil-normorfină. Absorbția sa enterală este redusă; se absoarbe însă bine după administrare parenterală. În intoxicația acută cu morfină, petidină sau metadonă, deprimarea respiratorie, starea comatoasă și tulburările circulatorii, produse de acestea, pot fi antagonizate prin N. care acționează printr-un mecanism de antagonism competitiv, față de aceiași receptori farmacodinamici, cu substanțele menționate mai sus. N. restabilește sensibilitatea centrului respirator pentru CO_2. Antagonizează parțial efectul analgezic al morfinei. La morfinomani, N. declanșează prompt sindromul de abstinență. N. este indicată în intoxicația acută cu morfină și derivații săi (în scop de antagonizare a efectelor toxice ale acestora). În intoxicația cronică cu morfină, N. poate servi ca metodă de diagnostic în cazurile incerte, în urma declanșării rapide a sindromului de abstinență, la morfinomani. Indicațiile N. depășesc limitele psihiatriei (de ex. putîndu-se utiliza în condiții obstetricale — asfixia noului născut, după administrarea analgezicelor opiacee la mamă, sau chirurgicale). *Efectele secundare* sînt reprezentate de iritația tubului digestiv (greață), hipotensiune arterială, hipersudorație, mioză, somnolență sau iritabilitate. Este contraindicată în intoxicații acute produse de alte medicamente decît opiaceele. Este ineficace în intoxicația cu barbiturice, alcool. N. administrată în afara intoxicației cu opiacee are acțiune analgezică (inconstantă), deprimă respirația, produce hipotensiune arterială și efecte psihozomimetice, fiind deci contraindicată. Preparatul Nalorphine(R) conține 5 mg substanță activă, sub formă de bromhidrat, pe fiolă, care se administrează s.c., i.m. sau i.v. (în urgențe). În intoxicația acută, la început se injectează, i.v., 3—10 mg, după care, de obicei, respirația revine

Scanned with CamScanner

la normal. În cazurile grave, se pot repeta, peste 10—15 minute, aceleaşi doze, după care, de obicei, se produce trezirea din comă. Acţiunea medicamentului durează 3—4 ore; există apoi pericolul recăderii. Doza totală, care se poate administra unui bolnav (prin injectări repetate), este de cca 40 mg (8 fiole). În intoxicaţiile acute grave cu opiacee se impun şi alte măsuri (respiraţie artificială, cateterizare, tratament simptomatic etc.). În intoxicaţia cronică cu morfină (morfinomania), administrarea unei doze de 3—8 mg N. declanşează sindromul de abstinenţă. Această probă se poate realiza numai cu condiţia de a avea la îndemînă mijloace de terapie intensivă, în cadrul unui serviciu de psihiatrie. Lethidrone(R) este un preparat similar. (5)

NALOXON, ANTAGONIŞTII MORFINEI

NANOCEFALIE. v. MICROCEFALIE

NARCISISM. v. PERVERSIUNI SEXUALE

NARCAN, NALOXON

NARCO. Prefix folosit pentru a indica apariţia somnului. (7)

NARCOANALIZA. Metodă terapeutică, de inspiraţie psihanalitică, prin care se explorează subconştientul unei persoane, folosind o serie de narcotice, cu ajutorul cărora se poate mai uşor învinge cenzura morală şi în acelaşi timp lăsa liberă, cel puţin parţial, capacitatea bolnavului de a se exprima. La noi în ţară se foloseşte în acest scop soluţia de amital Na. N. ajută şi la precizarea diagnosticului, mai ales acolo unde comunicarea cu bolnavul este mai dificilă, cum ar fi în stări reactive, debut schizofrenic, depresie, sindrom halucinator, paranoid. (7)

NARCOBIOZA. După Laborit, N. ar cuprinde, într-un termen general, toate problemele legate de narcoză; După Decour, N. înseamnă acţiunea particulară pe care o au psihotropele (mai ales fenotiazinele) de a influenţa sistemul reticular prin care se blochează funcţionalitatea neuronală, mai ales tonusul psihic (starea de veghe), termogeneza, diureza centrală etc. După Hăulică N., înseamnă desfăşurarea proceselor vitale la limita inferioară a vieţii. (7)

NARCOHIPNOZA. v. PSIHOTERAPIE

NARCOLEPSIE. Hipersomnie cu caracter primitiv (boala Gelineau) sau secundar (postencefalitic, posttraumatism cerebral). Clinic se manifestă, în principal, prin atacul narcoleptic, respectiv crize de somn, ce reprezintă simptomul fundamental, cu o durată de ordinul minutelor sau chiar al orelor, favorizate uneori de circumstanţe emoţionale. La hipersomnie se pot asocia şi atacurile cataleptice, respectiv o abolire relativ bruscă a tonusului postural. În cadrul simptomatologiei din N. mai

Scanned with CamScanner

apar atît paralizii, în perioada hipnagogică sau hipnopompică, cît şi halucinaţii polisenzoriale. (6)

NARCOSINTEZA. v. PSIHOTERAPIE

NARCOTERAPIE, sin. SOMNOTERAPIE. Folosirea hipnoticelor şi a psihotropelor sedative pentru a obţine un somn prelungit (de cîteva zile). Metoda a fost la început primită cu entuziasm, azi este în mare parte înlocuită cu alte procedee mai eficiente şi fără dezavantajele binecunoscute ale N. (7)

NARCOTINA (Noscapin, Tusan(+), Nectadon(R)). Este un alcaloid benzilizochinolinic al opiului (v. OPIU), înrudit cu papaverina. Spre deosebire de morfină nu creează toleranţă şi dependenţă. Are acţiune sedativă asupra centrului tusei. Determină dilatarea bronhiilor. Efectul antitusiv al N. este superior codeinei. Se administrează per os în tuseá spastică iritativă (bronşite, astm bronşic) în doză de 15—30 mg, de 3 ori pe zi (comprimatele Tusan(+) conţin 10 sau 50 mg clorhidrat de N.). (5)

NARDIL. v. IMAO

NAUPATIE. v. KINETOZA

NECRO. Prefixul necro, caracterizează familia de termeni cu referinţă la moarte sau la cadavre. (7)

NECROFAGIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

NECROFILIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

NECROFOBIE. v. FOBIE

NECROMANIE. Tulburare psihoafectivă caracterizată printr-o polarizare a preocupărilor spre moarte, înmormîntări, persoane decedate, cadavre etc. (7)

NECROSADISM. v. PERVERSIUNI SEXUALE

NEDEMNITATE, DELIR DE. v. DELIR

NEGAŢIE, DELIR DE. v. DELIR şi HALUCINAŢIE

NEGATIVISM. Aparţine tulburărilor de voinţă şi activitate, şi constă din refuzul sau opoziţia bolnavilor de a răspunde unei solicitări (externe sau interne). N. activ (sau opoziţionismul) constă din executarea unor acte (gesturi sau mişcări) opuse celor comandate sau solicitate. N. se poate întîlni la copii (avînd semnificaţia unui protest), în unele forme de debilitate mintală, la simulanţi, la maniacali (datorită tendinţei lor ludice), în unele forme de melancolie (delirantă), dar apare mai ales în schizofrenie, în cadrul sindromului catatonic (stupoare catatonică). N. pasiv se traduce prin refuzul de a executa orice solicitare sau ordin. Bolnavul opune rezistenţă puternică chiar şi la mişcările pasive, contracturi proporţionale cu efortul sau solicitarea exterioară. Unii autori includ aici şi refuzul alimen-

Scanned with CamScanner

tar, mutismul, retenţiile sfincteriene (de urină şi materii fecale). (3)

NELINIŞTE. v. ANXIETATE

NEOFOBIE. v. FOBIE

NEOLOGISM. În limbajul obişnuit, termenul se referă la un cuvînt sau o expresie nouă (apărută de obicei din necesitatea îmbogăţirii limbii). În psihopatologie, N. are o valoare particulară, denotînd o alterare profundă a limbajului, strîns legată de tulburarea gîndirii. Sub raportul formei, N. poate fi un cuvînt existent în vocabular, pe care însă bolnavul mintal îl foloseşte cu un alt sens, dîndu-i o semnificaţie nouă. Alteori N. e un cuvînt creat de bolnav, inexistent în limbajul obişnuit. Séglas deosebeşte *N. pasive* şi *N. active*. Primele s-ar forma automat prin asonanţă şi ar fi lipsite de semnificaţie pentru bolnavi. Ele ar fi expresia unei deteriorări intelectuale avansate (observîndu-se la demenţi şi oligofreni). N. active ar fi cuvinte noi, încărcate de semnificaţie, folosite pentru a desemna, de ex., un presupus persecutor sau un procedeu folosit pentru persecutarea bolnavului, o invenţie secretă etc. Ele apar în schizofrenie şi delire cronice sistematizate. N. pot să apară mai rar la bolnavii maniacali (dar cu caracter tranzitoriu — traducînd tendinţele ludice ale acestor bolnavi). Mai frecvent însă, ele corespund unei tulburări profunde a personalităţii, fiind un indiciu de cronicitate a bolii. N. ar fi strîns legat de delir sau de sistemul delirant. În schizofrenie, N. (ca expresie simbolică a gîndirii patologice) pot să fie atît de numeroase încît să meargă pînă la glosolalie sau jargonofazie (inventarea unor limbaje noi, proprii, înţelese numai de bolnav). (3)

NESISTEMATIZAT, DELIR. v. DELIR

NESTIATRIE, sin. NESTOTERAPIE. Tratament bazat pe cura de foame. (7)

NESTOTERAPIE, sin. şi v. NESTIATRIE

NEURASTENIE. Neuroză denumită astfel de Beard, care a descris-o la soldaţii americani din primul război mondial, fiind impresionat de starea de oboseală pe care aceştia o prezentau în special dimineaţa la trezire, stare care ceda parţial sau total după amiază. La noi în ţară a fost descrisă de Kreindler şi colaboratorii sub denumirea de neuroză astenică. Debutul N. este lent, insidios şi durează de la cîteva săptămîni pînă la cîteva luni. Simptomatologia neurotică este diversă şi poartă amprenta preocupărilor şi temerilor pe care bolnavul le-a avut înainte de a se îmbolnăvi. Prin polimorfismul său, N. îmbracă tablouri clinice variate, care reclamă multă atenţie spre a putea

Scanned with CamScanner

fi diferențiate de o serie întreagă de afecțiuni somatice, mai ales cardiovasculare sau digestive. Dar, pentru că și reversul este tot atît de veridic și deci, de multe ori, sub masca unei așa-zise N. poate debuta o afecțiune cardiacă, digestivă etc., în aceste situații este recomandabil a se recurge la probele de explorare clinică și de laborator, care aduc un plus de precizie diagnostică și implicit o corectă atitudine terapeutică. Cele mai frecvente simptome ale N, alături de astenie, sînt următoarele: cefaleea periodică sau paroxistică, în cască sau de tip migrenos, însoțită de o stare generală rea și cu multiple algii diverse de tip migrator; hiperestezii superficiale sau profunde, cu localizare variată, cu caracter migrator și care dau naștere la multiple interpretări și prelucrări; tulburări funcționale poliviscerale (după Aubin), în care se pot grupa toate acuzele de tip cardiovascular, digestiv, respirator, genito-urinare etc., prilej bogat de comentarii și referiri, de comparații și de interpretări; tulburări neuro-vegetative și endocrine, care întăresc convingerea bolnavului în gravitatea afecțiunii sale. Mîinile ude de transpirație sînt arătate cu îngrijorare, alături de tremurăturile fine, sialoreea, tahicardia, iar tulburările de somn prezente fac obiectul frecvent al comentariilor. Insomnii de adormire, somnul superficial, visele terifiante, coșmarurile, alături de convingerea că somnul nu este suficient de odihnitor, se pot întîlni în toate relatările unui neurastenic. Tulburările psihice de care se plînge bolnavul sînt adeseori relatate accidental, cu toate că există în oricare N. Lipsa unei concentrări eficiente a atenției voluntare, cu tendințe la distractibilitate și cu perturbarea ușoară în cazul apariției unui stimul secundar, produc adesea o stare de iritabilitate explozivă, care merge pînă la acțiuni de scurt circuit. Critic, bolnavul este conștient de această tulburare care „îl enervează", fără însă a o putea elimina. (Un N. afirma că nu suportă în buzunar cutia de chibrituri decît dacă este plină, altfel zgomotul îl irită și trebuie să o arunce). Dominantele patologice legate de semnificația perturbărilor cu rol de idei prevalente, ca și labilitatea afectivă dirijată spre zona unor trăiri de nesiguranță, teamă, îngrijorare, îi perturbă întreaga viață. Bolnavul se plînge de dismnezie, de tulburări în înșiruirea logică a ideilor, de greutăți în realizarea specificului muncii sale profesionale, mai ales acolo unde trebuie să dea dovadă de inițiativă, de stăpînire, de calm, de înțelegere. Colegii, ca și prietenii, îi atrag atenția că s-a schimbat și aceasta îl face să se preocupe și mai mult de suferința sa. La același bolnav se observă atît perioade astenice cît și hipersteníce,

Scanned with CamScanner

oscilația dintre ele fiind de fapt una din caracteristicile de ansamblu ale acestei neuroze. *Diagnosticul diferențial* al N. reclamă multă perspicacitate din partea medicului, pentru a preciza adevărata neuroză cu întregul său cortegiu polimorf de simptome și a o separa de formele incipiente ale unor afecțiuni digestive, cardiace, neurologice sau endocrine cu care poate fi confundată. În această direcție, „decantarea" acuzelor cît și examinările atente și repetate, asociate cu probele de precizie pe care laboratorul le pune astăzi la dispoziție permit să se elimine erorile regretabile de diagnostic care ar îndruma pe un făgaș greșit întreaga conduită terapeutică. *Tratamentul* general al N. este complex și necesită o foarte bună cunoaștere a bolnavului și a cauzelor care au generat N. Sanatoriile de neuroze (la noi în țară la Predeal, Timiș, Sinaia, Tușnad, Nucet etc.) au tocmai scopul de a scoate bolnavul din ambianța traumatogenă și de a-i oferi condiții optime de repaus într-un decor natural pitoresc. În perioada sanatorizării, medicația va fi dirijată după natura acuzelor și starea generală a bolnavului (anxiolitice, vitamine), spre a permite o redresare metabolică adecvată. În același timp, psihoterapia individuală și de grup alături de practicarea unor sporturi accesibile și a întregului cortegiu de metode socioterapeutice, vor direcționa atenția și preocupările bolnavului spre alte obiective decît boala sa. Ulterior un tratament general de consolidare a rezultatelor și prevenire a recidivelor este recomandabil să fie făcut pe o perioadă de 6 luni — 1 an, cu control periodic, și treptata reîncadrare socioprofesională într-o activitate ritmică, susținută, bine echilibrată și supravegheată. (7)

NEUROLEPTANALGEZIE. Stare caracterizată prin indiferență psihică, liniștire motorie și analgezie, care se obține prin asocierea unui neuroleptic de tipul dehidrobenzperidolului (Droleptan(R), Inapsin(R)), cu un analgezic puternic (petidina, fentanil), administrate înaintea unei intervenții chirurgicale. Există și preparate tipizate care conțin această asociere (Thalamonal(R), Innovar(R)). Utilizarea N. se face cu scopul de a păstra bolnavul conștient (deci nenarcotizat) spre a realiza colaborarea acestuia cu chirurgul în cadrul unor intervenții care necesită acest lucru (neurochirurgie, explorări funcționale etc.). De asemenea, N. se poate aplica în cazul unor bolnavi cu rezistență scăzută a organismului la care narcoza ar putea determina riscuri. N. poate fi completată cu administrarea unui narcotic (anestezic general) prin inhalație (de ex. amestec de protoxid de azot și oxigen). În această situație sînt necesare doze mai reduse de

Scanned with CamScanner

narcotic decît în condiţiile clasice, diminuînd astfel riscul accidentelor narcozei. Acest ultim procedeu se numeşte Neuroleptanestezie. (5)

NEUROLEPTICE, sin. NEUROPLEGICE, TRANCHILIZANTE MAJORE, PSIHOTOSTATICE, ANTIPSIHOTICE. Sînt medicamente psihotrope (psiholeptice, Delay) care au proprietăţi liniştitoare (tranchilizante). Sub acţiunea lor diminuă reacţiile afective (indiferenţă afectivă) şi activitatea psihomotorie. La indivizii normali nu au acţiune importantă asupra facultăţilor psihice şi de conştiinţă. În condiţii patologice reduc stările de nelinişte, excitaţia psihică şi agitaţia. De asemenea, diminuă agresivitatea şi sindroamele psihotice. Acţiunea lor antipsihotică se instalează treptat; ele reduc atît tulburările psihice acute, cît şi pe cele cronice. N. sînt eficiente şi faţă de psihozele experimentale sau „model", determinate de substanţe psihozomimetice sau psihodisleptice (v. PSIHODISLEPTICE). Nu sînt narcotice. În doze mari pot determina somnolenţă şi somn cu modificări ale EEG, ca şi în somnul fiziologic. Individul se trezeşte însă cu uşurinţă sub acţiunea unor stimuli obişnuiţi. Administrarea îndelungată, mai ales a unor doze mari, determină apariţia unor tulburări extrapiramidale de tip parkinsonian (parkinsonism medicamentos, Parkinson terapeutic). Acest lucru a determinat pe unii să afirme că apariţia acestor fenomene este corelată cu eficienţa terapeutică. N. au acţiuni vegetativotrope puternice, putînd determina hipotensiune, bradicardie sau tahicardie, modificarea temperaturii corpului şi a metabolismului etc. Aceste acţiuni intră în compoziţia „sindromului neuroleptic", care ar caracteriza grupul tranchilizantelor majore. N. potenţează acţiunea unor medicamente cu efecte deprimante ale SNC cum ar fi: narcoticele, hipnoticele, analgezicele narcotice (există excepţii, de ex. reserpina). Pot antagoniza sau facilita acţiunea agenţilor convulsivanţi (ex. reserpina potenţează convulsiile pentetrazolice la animale şi EŞ la om). N. acţionează prin deprimarea activităţii unor formaţii SNC în special subcorticale (sistem limbic, hipotalamus, sistem reticular activator ascendent), inhibînd transmiterea sinaptică (efect neuroplegic). Un rol important în acţiunea N. îl joacă blocajul receptorilor dopaminergici din SNC. N. se pot clasifica în derivaţi fenotiazinici, alcaloizi de Rauwolfia, derivaţi ai benzochinolizinei şi de indol, derivaţi tioxantenici, derivaţi de butirofenonă. În afara acestora există şi alte medicamente, cu alte structuri chimice, care se utilizează ca N. (clozapina, sulpiridul).

Scanned with CamScanner

Lambert a grupat N. după predominanța unor efecte clinice în a), *N. sedative,* care au acțiune liniștitoare și produc hipotensiune, și b). *N. incisive,* care sînt halucinolitice și produc fenomene extrapiramidale, frecvente și intense. Din primul grup fac parte levomepromazina, tioridazina, propericiazina, clorprotixenul. În al doilea grup se situează tioproperazina, trifluoperazina, flufenazina, butirofenonele. Clorpromazina este situată central. Primii derivați se află la stînga sa, iar N. „incisive" la dreapta ei. Acțiunea antihalucinatorie descrește de la dreapta spre stînga, pe cînd cea anxiolitică scade în sens invers. Astenia și somnolența pe care o produc N. urmează aceeași linie descrescîndă, de la stînga la dreapta. Considerînd ca etalon acțiunea neuroleptică a clorpromazinei (150—400 mg p.o.), Weitbrecht (1973), după aprecierea lui Haase, împarte N. în: a). *preparate cu acțiune moderată* (promazina, tioridazina, perazina, protipendilul, levomepromazina, clorprotixenul); b). *preparate cu acțiune medie* (trifluopromazina, proclorperazina); c). *preparate cu acțiune puternică* (perfenazina, butirilperazina, trifluoperazina) și d). *foarte puternice* (rezerpina, haloperidolul, flufenazina și tioperazina). (5)

NEUROPLEGICE. v. NEUROLEPTICE

NEURORADIOLOGIE. Ramură a radiologiei, care se ocupă de explorarea conținutului și conținătorului sistemului nervos central prin diverse metode și anumite tehnici. Schematic, metodele uzuale folosite în neuroradiologie sînt: 1). Radiografia simplă, craniană (craniofacială) și a coloanei vertebrale, eventual țintită pe o anumită regiune (de ex. șeaua turcească), ce vizualizează în principal conținătorul SNC la nivelul căruia se pot observa semnele directe sau indirecte ale leziunilor. *Indicații* generale în displaziile craniofaciale, hiperostoze, fracturi, reticuloze, tumori osoase primitive sau metastatice. De asemenea, se pot vizualiza prin radiografia simplă calcificări în masa cerebrală, care apar în unele afecțiuni congenitale (boala lui Sturge-Weber, boala lui Bourneville), afecțiuni parazitare, unele tumori cerebrale, cu evoluție lungă etc. 2). Radiografie cu substanță de contrast (aer sau substanțe radioopace) indicată în afecțiuni ale conținutului SNC): *PEG* (v. PNEUMOENCEFALOGRAFIE), cu indicații generale în afecțiuni cu leziuni macroscopice cerebrale și/sau a celor cu repercusiuni asupra sistemului ventricular și căilor de scurgere a LCR. *Ventriculografia gazoasă* sau cu substanțe de contrast (v. VENTRICULOGRAFIE), cu indicație generală în tumori. *Angiografia cerebrală*

Scanned with CamScanner

(v. ANGIOGRAFIE CEREBRALĂ), cu indicații generale în afecțiuni de natură vasculară (malformații) și procese înlocuitoare de spațiu. *Mielografie gazoasă* sau *cu lipiodol,* realizată prin introducerea unei substanțe de contrast în spațiul subarahnoidian spinal, cu indicația generală în suspiciunea unei compresiuni medulare (arahnoidită, hernie disc, tumori). În principiu, indicația și opțiunea pentru o anumită explorare neuroradiologică este în funcție de diagnosticul prezumptiv, în a cărui formulare stau la bază datele anamnestice, examenul clinic complet cît și alte examinări paraclinice prealabile, ținîndu-se seama de indicațiile și contraindicațiile generale ale explorărilor radiologice, cît și cele particulare ale fiecărei metode neuroradiologice. (6)

NEUROZE. *Generalități.* Supleţea adaptativă în limitele sale obișnuite permite fiecărui individ să se racordeze și să-și modeleze resursele spre realizarea unui model cît mai corespunzător de existență, deoarece mediul din jur în care trăiește rămîne o condiție fundamentală pentru omul pe care-l formează; ambianța îl influențează și la rîndul său o influențează, cu toate mijloacele sale. Ansamblul bolilor, destul de eterogene și de contradictorii, cunoscute sub denumirea de N., se caracterizează mai ales prin modificările psihice care apar în acest dialog continuu om-mediu, tulburările psihice cauzate, pînă la urmă, de dificultățile sau de obstacolele pe care unul din cei doi „parteneri" le prezintă. *Definiția N.* rămîne discutabilă și arbitrară, pentru că toate caracteristicile sale, după Klein și Davis, sînt prezentate în contrast cu termenul psihoză. În zilele noastre, N. suscită un interes crescînd, ea fiind considerată de unii o adevărată „boală a secolului". *Etiopatogenie.* Factorii care pot cauza apariția unei N. sînt multipli și în majoritatea cazurilor „de cursă lungă", astfel că interacțiunea, ca și rolul fiecăruia în parte, este dificil, dacă nu chiar imposibil de determinat. Cele mai mari controverse le suscită și astăzi valoarea terenului, importanța structurii persoanei în apariția unei N. Este sigur că o personalitate slabă, că o serie de tulburări preexistente, precum și o vulnerabilitate genetică predispun cu mai multă ușurință la N. Aceste elemente sînt mai degrabă evidențiate în N survenite în perioada copilăriei, perioadă în care influențele nefavorabile lasă urme adînci. Freud și urmașii săi au subliniat pînă la exagerare această situație, considerînd că N. adultului sînt toate urmări tardive ale influențelor suferite în copilărie. Atît școala sovietică de fiziologie și psihiatrie, care a urmat lui Pavlov, cît și școala ameri-

Scanned with CamScanner

cană, puternic influențată de sociologie, au scos în evidență contribuția mediului în apariția N, subliniind că o persoană normală poate face o N. în condiții vitrege de existență, fie prin intensitatea supraliminală a factorilor (stările de stress), fie prin durata sau ineditul apariției lor (stările reactive). N. sînt deseori consecințe ale factorilor de conflict, de tensiune, de psihotraume, la care este supusă o persoană. Odată cu binecunoscutul succes obținut prin realizarea experimentală de către Pavlov a N. la animal, s-a reușit și transpunerea într-un limbaj neurofiziologic a patogenei N; astăzi se admite că în N. se produce o modificare a echilibrului psihic, că apar o serie de manifestări, care se traduc prin simptome continue sau episodice, dovedind o insuficiență funcțională față de solicitările cotidiene. În felul acesta, o serie de stimuli neutri ajung să primească răspunsuri paradoxale, iar alții să genereze adevărate „vîrtejuri" simptomatice. *Simptomatologie generală.* Oricît de multipli ar fi factorii care interferează în geneza unei N. și oricît de diverse ar fi trăsăturile particulare ale persoanei în cauză, pînă la urmă se poate totuși face un „inventar" comun de simptome, care să fie pentru medic un adevărat detector al acestei categorii de suferințe. Aceste simptome au mai mult valoare de îndreptar, pentru că este de la sine înțeles că în realitatea clinică se vor găsi în combinații atît de numeroase încît alcătuiesc tablouri simptomatologice care diferă de la bolnav la bolnav. *Astenia* este poate simptomul cel mai comun și de care se plînge cel mai mult bolnavul. Oboseala rapidă, prematură, scăderea capacității de muncă, a randamentului său școlar sau profesional, este resimțită dureros și deseori prelucrată și interpretată de acesta în funcție de vîrstă, sex, școlaritate. Se remarcă uneori un adevărat paradox care demonstrează în largă măsură subiectivismul acestei trăiri; bolnavul este în stare să vorbească despre oboseala sa, să o analizeze, să-i găsească fel și fel de corespondențe și explicații, obosind pe interlocutor cu debitul său verbal. *Cefaleea,* la rîndul său, îmbracă aspecte diverse, de la cefaleea de tip migrenos, cu localizare hemicraniană și evoluție în puseuri, la cefaleea „în cască" cu paroxisme, toate modelele pot fi întîlnite. De cele mai multe ori, odată cu exacerbarea cefaleei, crește și intensitatea celorlalte tulburări neurotice existente. *Modificările neurovegetative* contribuie, prin frecvența apariției lor, la ansamblul simptomatologic al N. Ele se manifestă sub forma hipersimpaticotoniei sau a parasimpaticotoniei și sînt un prilej de amplă preocupare pentru bolnav, care caută semnificații și in-

Scanned with CamScanner

terpretări pentru fiecare simptom, cum ar fi tahicardia, transpirația, sialoreea etc. *Tulburările de somn* întregesc cortegiul simptomatic al acuzelor neurotice. Un bolnav cu N. se va plînge totdeauna de insomnie, vise terifiante, coșmaruri, precum și de lipsa de odihnă pe care i-o oferă somnul, fapt pentru care, după afirmațiile și convingerile sale, dimineața se simte mai rău decît seara. (În cadrul N. se întîlnesc de multe ori și „falși insomnici", a căror acuze, referitoare la tulburările de somn, nu corespund realității și contrastează evident cu starea pe care o prezintă). Din cauza temerii că nu vor dormi bine și suficient recurg la tot felul de hipnotice mai ales din seria barbituricelor, care, prin abuzul lor, pot ajunge cu ușurință obișnuință. *Preocupări cenestopatice.* În oricare N. există un implicat de elemente somatice, pentru că fiecare neurotic „brodează" starea sa generală de rău, de disconfort, de neliniște, pe un aparat, sistem sau organ, a cărui funcționalitate ajunge, într-un fel sau altul, în centrul atenției sale. Uneori fixarea preocupărilor devine atît de intensă încît transformă N. într-o așa-zisă „neuroză de organ" (neuroză cardiacă, digestivă, respiratorie, etc.), iar bolnavul într-un adevărat abonat al cabinetelor de consultație. *Tulburările psihice* din N. sînt prezente într-o mare diversitate; un loc principal îl deține conștiința bolii, care este modificată, în sensul unei supradimensionări, pînă la catastrofal, a semnificației tulburărilor. Alterarea aceasta este tributară fondului de neliniște, a permanentei lipse de încredere și stabilitate. Neuroticul este un veșnic înspăimîntat, posibilitățile și perspectivele pe care le întrezărește sînt cuprinse într-o tonalitate pesimistă de tensiune, de iminență a unor noi și ample suferințe. În multe privințe, viziunea sa în fața propriei suferințe poate fi comparată cu aceea a unei persoane care se pierde într-un labirint, incapabil a-și face un proiect viabil de ieșire, ajungînd astfel să se zbată neputincios. Psihotraumele, ca și conflictele sau tensiunile care preced instalarea unei N., au un prim răsunet în modificările trăirilor, în schimbarea coloraturii afective și în perturbarea echilibrului. Rezonanța crescută din domeniul afectivității se traduce prin hiperemotivitate și exaltare a susceptibilității; neuroticul este „mai sensibil" și mai iritabil decît era înainte. Funcțiile cognitive se resimt din cauza acestei labilități psihoafective; calitatea percepțiilor este evident scăzută, ca dealtfel și eficiența gîndirii; bolnavul este conștient mai ales de greutățile care survin în asimilarea noului, fapt care explică frecvența cu care apare în anamneză relata-

Scanned with CamScanner

rea dismneziei. În locul fixării obișnuite a evenimentelor noi, neuroticul trebuie să facă un efort conștient, care se soldează cu insatisfacție, atunci cînd își verifică îngrijorat rezultatele performanței. Micile scăpări, greutățile de exprimare, alături de inconsecvențele și discontinuitățile pe care le înregistrează, îi amplifică temerile, nesiguranța, neliniștea. Funcțiile eferente la rîndul lor sînt modificate, neuroticul răspunzînd inegal, rapsodic la factorii solicitanți; el pierde ritmul și cadența — devine nestăpînit — cînd exploziv, cînd abătut, adinamic, lipsit de capacitatea necesară de a da o replică adecvată. O altă modificare psihică importantă observată în N. este creșterea disproporționată și ineficientă a interesului pentru sine (mai ales pentru o serie de preocupări minore, secundare, nesemnificative), scăzînd în același timp interesul pentru mediu, pentru cei din jur, pentru obiectivele mari care reclamă timp și prospecțiune în realizare, îngustîndu-și orizontul și limitîndu-se tot mai mult la elemente minore și morbide. *Clasificările* entităților clinice sînt la rîndul lor diverse constituind teme de discuție permanentă. N. cele mai bine delimitate și recunoscute de majoritatea autorilor sînt neurastenia, isteria, N. obsesivo-fobică și N. cenestopată. În schimb, N. anxioasă este plasată de unii autori ca o formă aparte a isteriei, pînă cînd în alte sistematizări se găsește alături de N. depresivă. Un grup aparte de N. îl constituie formele care au drept simptome preponderente modificările survenite în cadrul analizatorului psihomotor: logoneuroza, neuroza ticurilor și crampa profesională. Situate la interferența dintre neurologie și psihiatrie, sînt prezentate, în ambele versiuni, oglindind concepția și formarea autorului. Tot în cadrul limitrof al specialităților se găsește și mult discutata anorexie mintală, boală a adolescenței, cu marcate implicații endocrinologice. *N. anxioasă* a fost descrisă ca o entitate clinică, mai ales de Régis și de Freud. Apariția este inegală pe sexe, ea fiind înregistrată mai frecvent la femei decît la bărbați și în număr mai mare după al doilea război mondial decît înainte. Debutul N. anxioase este precedat, la o scurtă distanță, de o suită de evenimente traumatogene, care reduc treptat capacitatea de răspuns, calmul și siguranța persoanei. Anxietatea apare la început în paroxisme, mai ales seara sau în perioadele de liniște, de singurătate. În loc ca în asemenea ocazii, bolnavul să se poată reculege sau odihni, se simte deodată invadat de o serie de temeri, de presimțiri negre, asociate cu transpirație, tahicardie și chiar cu grețuri, vărsături, diaree sau cefalee. Simptomele diminuă treptat, ca apoi să reapară

Scanned with CamScanner

cu aceeași intensitate și fără a mai fi precedate de un eveniment traumatizant. Evoluția sa ulterioară se caracterizează prin stabilizarea unui grup de simptome în jurul anxietății (tulburări neuro-vegetative și somatice). Crizele paroxistice pot surveni cu sau fără motiv; ele creează o stare gravă de panică și duc pînă la raptus sau la un episod crepuscular. Unii autori văd în N. anxioasă de astăzi o formă de convertire a vechilor modele isterice, pe cînd alții o consideră ca rezultat al specificului nou, impus mai ales de existența citadină, cu un ritm crescut de stress-uri, de invazia tehnică, la care se adaugă și tendințe alarmante față de suferințele endocrine, cardiace etc. Tratamentul presupune o perioadă de internare pentru „desensibilizare" periodică în care se recomandă anxiolitice și eventual cîteva narcoanalize, urmate de o psihoterapie de relaxare. Metoda lui Schultz, ca și alte procedee din seria psihoterapiilor de grup, sînt considerate ca eficiente. *Neuroza cenestopatică sau hipocondriacă.* Această formă clinică debutează în perioada climaxului, deși s-au descris în ultimele decenii cazuri și la o vîrstă mai tînără. După o perioadă de latență necaracteristică și greu decelabilă, bolnavul începe să se ocupe din ce în ce mai mult de sănătatea sa; preocuparea este însoțită de o temere, o frică de boală și tendință de a amplifica orice tulburare, de a-i găsi o semnificație gravă, de a o interpreta. Unii autori atribuie acestor persoane un plus de egoism, alături de o anxietate crescută sau de o gîndire catatimică, deoarece bolnavul se dezinteresează în mare măsură de ceea ce nu are legătură directă și imediată cu boala sa. Pe lîngă aceste simptome caracteristice în N. cenestopatică mai apar elemente obsesivo-fobice sau ruminative cu aceeași temă (nozofobia, cancerofobia etc.). În alte cazuri simptomatologia cenestopatică interferează cu elemente isterice sau depresive, dintre care ideea incurabilității activează ca un adevărat feed-back, întărind și mai mult convingerea bolnavului în gravitatea acuzelor sale. Aubin a descris o formă de N. cenestopatică revendicativă, în cadrul căreia bolnavul poate avea manifestări antisociale, mai ales la adresa persoanelor care-l asistă și îngrijesc. Arieti, descrie N. cenestopată împreună cu neurastenia, considerînd că delimitarea între aceste forme este arbitrară și că orice neurastenie conține și elemente cenestopatice de o intensitate mai mare sau mai mică. Alți autori care pledează pentru delimitare găsesc că N. cenestopată se axează pe o triadă simptomatică (preocupări somatice, anxietate și predilecție pentru ruminație

Scanned with CamScanner

ideativă). *Evoluția* merge de obicei spre cronicizarea simptomelor. *Diagnosticul diferențial* se face cu formele abortive ale psihozelor de involuție sau cu complicațiile și sechelele unor episoade confuzive postencefalitice, postinfecțioase sau posttraumatice. Se cunosc de asemenea cazuri de schizofrenie simplă, care evoluează sub masca cenestopatiei, putînd da naștere la interpretări diagnostice eronate. *Tratamentul N.* cenestopatice se bazează pe tranchilizante minore de cursă lungă, asociate cu psihoterapie mai ales ocupațională. *Neuroza obsesivo-fobică.* În istoricul și definiția N. obsesivo-fobice se întîlnesc marii înaintași ai psihiatriei moderne, pentru că deși este o N. cu o frecvență redusă, prezintă o simptomatologie atît de bine diferențiată, încît a atras atenția cercetătorilor din toate timpurile. Cel mai important autor rămîne Pierre Janet, care a strîns în monografia sa elementele esențiale ale bolii. Debutul este lent, insidios, de cele mai multe ori el coincizînd cu perioada prepubertară sau pubertară. Printre simptomele sale caracteristice sînt considerate obsesiile și fobiile, aceste idei parazite pe care bolnavul le recunoaște ca ireale dar cărora nu li se poate opune, sau nu le poate rezista, fiind obligat, împotriva propriei convingeri, să le accepte ca atare (M. Lăzărescu, 1975). Fiecare neurotic își are propriile sale obsesii și fobii, unele dominante și cu caracter de permanență, altele sporadice, pasagere amplificate numai în episoadele stressante. Ansamblul de obsesii și fobii au tendința de a evolua complicîndu-se și prin multiplicare strîmtează tot mai mult libertatea și cîmpul de manifestare degajat al bolnavului. La început ar exista o stare de neliniște, de presimțiri vagi, de idei sumbre și de frică nelămurită, care ar pregăti instalarea obsesiilor și a fobiilor. Ulterior anxietatea le alimentează și exercită constrîngerea, terorizînd bolnavul, care se găsește de „partea cealaltă", luptînd neputincios împotrivă și, în același timp, fiind silit să se supună fără convingere. Stările obsesivo-fobice sînt însoțite de lipsa deciziilor și de trăirea dilemelor și mulțimea semnelor de întrebare fără răspuns. E. A. Popov a arătat că opinia vechilor psihiatri despre structura N. obsesivo-fobice necesită corectări, în sensul că însăși această îndoială a bolnavului în fața obsesiilor și fobiilor este un simptom patologic, traducînd de fapt lipsa deciziei, a fermității. Ritualurile cu un complex de mișcări, ce vin să determine executarea unor acte repetitive, absurde sau ridicole, obosesc bolnavul pînă la epuizare. Foarte asemănătoare cu superstițiile, aceste ritualuri, dacă sînt întrerupte, produc o stare de panică, de alarmă, de neliniște. În

Scanned with CamScanner

același fel, ideile de contrast, determină bolnavul în situații disperate să ajungă pînă la tentative de suicid. În alte cazuri, obsesiile și fobiile au mai mult o desfășurare ruminativă sterilizantă, iar bolnavul este mereu pus să răspundă la un de ce și la un pentru ce, care se succed fără întrerupere. Cele mai importante obsesii și fobii sînt legate de acțiunile comune, de locurile de existență, de preocupările anterioare ale bolnavului (agorafobie, claustrofobie, aritmomanie, frica de obiecte ascuțite, frica de boli, frica de înălțimi, de prăpăstii etc). P. Janet a arătat că se schimbă în decursul bolii însăși structura bolnavului prin apariția depersonalizării, a sentimentelor de incompletitudine, de înstrăinare. Un bolnav cu obsesii și fobii are și alte simptome evidente. Astfel este preocupat de o ordine excesivă a propriilor lucrări, are un program extrem de rigid de viață, repartizat pe ore fixe, este pedant și meticulos. În cazul cînd obsesiile și fobiile nu au legătură directă cu profesiunea, atunci el își poate continua activitatea, fiind chiar apreciat pentru zelul, străduința și seriozitatea cu care își îndeplinește obligațiile. Este de la sine înțeles că în această neuroză se pot întîlni toate tulburările amintite la neuroze, dar acestea ocupă un plan secundar. Formele clinice ușoare pot apare în urma unor situații tensionale și se vindecă repede cu un tratament medicamentos anxiolitic. Formele de intensitate medie pot fi declanșate de pierderea unei persoane apropiate, de asistarea la o situație stressantă (autopsie, accident, spînzurare, incendiu, luptă, explozie). Simptomele persistă cîteva luni de zile și necesită o terapie combinată psihotrope + psihoterapie relaxantă. Formele grave au un cortegiu simptomatic bogat, complex și destul de rezistent la terapiile obișnuite, cu tendință spre o evoluție cronică. Se discută încă și în prezent apartenența acestor forme la neuroze deoarece, uneori, prin agravarea simptomatologiei ajung să fie considerate schizofrenii atipice, cu un debut prelungit și o instalare lentă, progresivă a simptomelor. În ultimii ani terapia psihotropă complexă de cursă lungă și bine individualizată (antidepresive 75—150 mg/zi, împreună cu propericiazin 30—50 mg/zi) dă rezultate satisfăcătoare, atunci cînd este susținută și de o psihoterapie bine condusă. În toate perioadele de tratament este recomandabilă utilizarea pe o scară cît mai largă a terapiei ocupaționale, prin care se poate deriva în mare măsură preocupările chinuitoare ale bolnavului legate de obsesii, fobii și ritualuri. (7)

NIALAMID. v. IMAO

Scanned with CamScanner

NICTALGIE. Sindrom dureros care apare în timpul somnului; N. se întîlnește în stări anxioase, reactive, depresive etc. (7)

NICTOFOBIE. v. FOBIE

NICROFONIE. v. SOMNILOCHIE

NIHILIST, DELIR. v. DELIR

NIMFOMANIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

NITRAZEPAM (Mogadon(R), Nitrazepam(R), Radedorm(R)). Este un derivat benzodiazepinic cu proprietăți tranchilizante și hipnotice. Acțiunea hipnotică se produce în mod secundar, datorită efectului liniștitor (inductor al somnului fiziologic). Somnul se instalează după 20—45 minute și este apropiat de cel fiziologic atît ca profunzime cît și ca durată (6—8 ore), trezirea se face ușor. Spre deosebire de barbituricele hipnotice cu a căror eficacitate se aseamănă, N. nu determină somnolență la trezire și este mai bine tolerat de organism. În afara efectului tranchilizant mai posedă proprietăți miorelaxante și anticonvulsivante. Potențează efectul narcoticelor, hipnoticelor, analgezicelor narcotice, tranchilizantelor și neurolepticelor. N. deprimă funcțiile talamusului și ale sistemului limbic; are în schimb acțiune redusă asupra formației reticulare. *Indicații* terapeutice. Insomnia produsă de tensiune psihică și emoțională, anxietate, depresie, suprasolicitare nervoasă, dureri. De asemenea se poate utiliza în insomniile din sindromul de abstinență la alcoolici. *Efectele secundare* apar mai ales după doze mari: somnolență, amețeală la trezire. La bătrîni s-au descris stări confuzionale, iar în ASC poate produce neliniște, chiar la doze terapeutice. Determină mai rar dependență comparativ cu alte benzodiazepine. *Contraindicațiile* sînt constituite din intoxicațiile cu deprimante ale SNC (ex. etanolul), miastenia gravă, sarcina. Nu se asociază cu neuroleptice. Nu se prescrie în tratament ambulator la persoanele cu profesiuni care reclamă reacții reflexe prompte și precise (șoferi, dispeceri, mecanici etc.). În timpul tratamentului este interzis consumul de alcool. Se administrează cu grijă, în ASC. *Preparate. Posologie.* Nitrazepamul(+) conține pe comprimat 2,5 mg substanță activă. Se administrează 2,5—5—10 mg seara înainte de culcare. Dozele vor fi mai reduse la bătrîni și în caz de ASC (2,5—5 mg). (5)

NOCTAMBULISM. v. SOMNAMBULISM

NOMIFENSINUL (Alival(R)) este un derivat de tetrahidroisochinolină care diferă structural de alte antidepresive, deși mecanismul său de acțiune se apropie de cel al antidepresivelor triciclice. Se deosebește însă prin faptul că inhibă recaptarea

Scanned with CamScanner

dopaminei în striat. Efectul său eutimizant se însoțește de o acțiune anxiolitică. În doze terapeutice are influență redusă asupra cordului și manifestă proprietăți M-colinolitice moderate. Se administrează în depresiile endogene, reactive și organice, în funcție de starea bolnavului, în doze de 25—150 mg pe zi. (5).

NONNE APELT, REACȚIA LUI. Face parte din reacțiile care vizează evidențierea globulinelor în LCR. Principiul pe care se bazează constă în precipitarea electivă de către unele săruri neutre a globulinelor din LCR. În mod practic se utilizează o soluție saturată de sulfat de amoniu, care se adaugă lichidului cercetat (peste 1 ml reactiv se pune într-o eprubetă 1 ml LCR). În cazul reacției pozitive (lichid patologic) se observă, la limita de separație, apariția unei opalescențe care se poate intensifica pînă la o tulburare exprimată. (3)

NOOANALEPTIC. Substanță psihotropă din grupul psihotonelor. Stimulează activitatea psihică mărind vigilitatea. În această categorie intră: aminele simpaticomimetice și substanțele înrudite cu acestea, din punct de vedere chimic. (v. AMINE SIMPATICOMIMETICE, PSIHOTROPE), precum și o serie de substanțe asemănătoare în privința efectului psihostimulent dar cu acțiuni simpaticomimetice mult mai reduse (facetoperan, fencamfamină etc). (5)

NOOLTROP. Termen ce desemnează acele substanțe care acționează asupra mecanismelor integrative telencefalice, cu acțiune directă, pozitivă asupra funcțiilor mintale. Nu sînt psihostimulente. Nu au influență asupra formației reticulare sau a rinencefalului. Efectul lor terapeutic determină restabilirea activității SNC (v. PIRACETAM). (5)

NOOLEPTIL. v. PIRACETAM

NOOTROPIL. v. PIRACETAM

NORMOPSIHICE, HALUCINAȚII, v. HALUCINAȚIE

NORPRAMINA. v. DESIPRAMINA

NORTRILEN. v. NORTRIPTILINA

NORTRIPTILINA (Nortrilen(R), Sensival(R)). Este un antidepresiv triciclic demetilat care acționează rapid ameliorînd dispoziția bolnavului. Efectului antidepresiv i se adaugă și unul psihostimulent. Acțiunile sale sînt favorabile în cazul bolnavilor inhibați și lipsiți de inițiativă. Spre deosebire de amitriptilină, N. are proprietăți sedative relativ reduse; de asemenea, efectul

Scanned with CamScanner

colinolitic este mult mai redus decît în cazul acesteia. Proprietățile sale antihistaminice sînt importante (de ex. este de 4 ori mai activ decît difenhidramina). În experiențele pe animale suprimă efectul cataleptic al dozelor mari de neuroleptice (efect caracteristic pentru timoleptice). N. potențează în doze mici efectul presor al adrenalinei și noradrenalinei, în timp ce dozele mari antagonizează acțiunea CA. Nivelul plasmatic al N. ajunge la un platou în cursul primei săptămîni de tratament. Ca și în cazul desipraminei (v. IMIPRAMINA), se consideră că N. este un metabolit demetilat. Acțiunea stimulentă plasează acest compus demetilat între timolepticele terțiare și IMAO. *Indicațiile* sînt reprezentate de depresiile reactive, depresii inhibate, depresii de involuție, psihastenii. *Efectele secundare* sînt comune cu ale imipraminei. Efectul stimulent poate fi mai puternic decît cel antidepresiv redeșteptînd starea de agitație, confuzie mintală sau virînd starea depresivă în fază maniacală. *Contraindicațiile* sînt similare cu ale imipraminei (v. IMIPRAMINA). Nu se administrează la gravide, în intoxicațiile acute cu alcool sau barbiturice. Nu se asociază cu IMAO. Preparatul Nortrilen(R) conține pe drajeu 10 sau 25 mg nortriptilină, iar pe fiolă (1 ml) 10 mg substanță activă. Se administrează per os la început 10—25 mg, de 2—3 ori pe zi. Dozele se pot mări treptat pînă la 150 mg pe zi. În formele acute, inițial se pot administra i.m. 10 mg, de 3 ori pe zi. În acest caz dozele pot fi crescute tot la 2 zile cu 10 mg, iar după o săptămînă se trece la administrarea per os a medicamentului (de ex. 3×25 mg pe zi). După obținerea efectului terapeutic se procedează la reducerea treptată a dozelor (25 mg la un interval de 3—8 zile). Doza de întreținere este de 25 mg de 2—3 ori pe zi. La bătrîni tratamentul se începe cu doze mai reduse (de ex. 10 mg, de 2—3 ori pe zi). În cazurile în care există agitație, anxietate, tulburări vegetative și insomnie se poate asocia cu clorprotixen (Taractan(R), Truxal(R)). (5)

NOSCAPIN. v. OPIU, NARCOTINA

NOVERIL. v. DIBENZEPIN

NOZINAN. v. LEVOMEPROMAZINA

NOZOFOBIE. v. FOBIE

NOXYRON (Glutetitimida, Doriden(R)). Este un hipnotic nebarbituric. Are o structură chimică apropiată de cea a barbituricelor. Efectele sale sînt similare cu cele ale fenobarbitalului, dar este de 2,5 ori mai slab. Are și acțiuni sedative și antiepileptice. Este indicat ca hipnotic și sedativ. Nu modifică funcțiile cardiovasculare. Reacții adverse: arsuri gastrice și urti-

Scanned with CamScanner

carie. La administrări îndelungate pot apărea fenomene de intoxicație cronică, care se manifestă prin tremor, ataxie, nistagmus, cefalee, prurit, exanteme, iritabilitate; mai rar apar tulburări psihice, agranulocitoză și trombocitopenie. Poate să apară obișnuința. *Posologie.* Preparatele care sînt mai cunoscute sînt Noxyron și Doriden (comprimate de 250 mg). În calitate de sedativ se utilizează de trei ori cîte o jumătate de comprimat; ca hipnotic se folosesc 1—2 comprimate înainte de culcare. (1)

Scanned with CamScanner

OBIȘNUINȚA. S. Cohen a definit O. ca un complex de simptome manifestat prin prezența unei dependențe psihice la medicament fără însă ca aceasta să fie dublată și de o dependență fizică (așa cum se întîmplă în cazul unei adevărate toxicomanii). Se constată că dealtfel și în cazul O. există dorința permanentă de a lua medicamentul respectiv precum și tendința la creșterea dozei. Suprimarea bruscă a consumului nu produce sindromul de abstinență, (strîns legat de dependența fizică și element de bază în diagnosticul unei farmacodependențe). O. este dăunătoare pentru organism, care se deprinde să funcționeze sub influența unui medicament. Folosirea îndelungată, abuzivă a laxativelor, antinevralgicelor etc. poate produce O. După unii autori și consumarea de cafea ar intra în cadrul O. iar alții, o consideră toxicomanie minoră. (5, 7)

OBNUBILARE. Termenul definește o tulburare de conștiință predominant cantitativă, afectînd în special claritatea și volumul ei. În O. suferă întregul psihism, în sensul ridicării pragului senzorial pentru toți excitanții externi. Apar percepții îngreunate, reacții încete, lentoare ideativă și psihomotorie, răspunsuri neadecvate, incomplete, vagi. Atenția bolnavului se fixează cu greutate; ajunge să sesizeze doar parțial schimbările ambianței, iar orientarea în mediu (mai ales în timp) se face cu efort și de cele mai multe ori rămîne incompletă (sau chiar absentă). Tulburările mnestice sînt întotdeauna prezente (evocări dificile și ulterior chiar lacune mnestice). Caracteristică stărilor de O. (de unde și denumirea) este posibilitatea stabilirii unui contact oarecare și de scurtă durată cu realitatea, bolnavul răspunzînd la stimulii mai puternici și repetați. Revenirile alternează cu perioade lungi de timp, în care nu se poate conversa în mod adecvat cu bolnavul. O. apare în intoxicații acute (alcool, oxid

Scanned with CamScanner

de carbon etc.) și stări febrile de origine infecțioasă, precum și în perioada postaccesuală a crizelor majore epileptice. (3)

OBOSEALĂ. Fenomen fiziologic apărut în condițiile îndeplinirii unei activități fizice sau intelectuale, în funcție de parametrii calitativi și cantitativi ai activității depuse, dar în relație și cu alți factori, manifestat, în principal, prin scăderea capacității funcționale a organismului, scădere acompaniată de o stare subiectivă caracteristică. O. trebuie diferențiată de surmenaj, ce apare ca urmare a unei activități excesive, în general de durată, frecvent îndeplinită nerațional, respectiv fără măsuri suficiente de repaus, fără respectarea regulilor generale de igienă, eventual în condițiile abuzului de tutun, cafea, droguri etc. De asemenea O. trebuie diferențiată de astenie, care reprezintă un fenomen patologic de etiologie diversă, pe fondul unei afecțiuni organice sau a unei afecțiuni psihogene. (6)

OBSESIE. Tulburare complexă ideo-afectivă, caracterizată prin prezența în psihicul individului a unor grupuri de fenomene care deranjează buna desfășurare a tuturor proceselor; conștient de inutilitatea lor, persoana este incapabilă să le neutralizeze și cu cît se străduiește mai mult să le îndepărteze, cu atît fenomenele cîștigă o intensitate mai mare. Aceste însușiri au dat O. caracteristicile lor esențiale, de fenomene parazite (care perturbă), și de constrîngere (de obligativitate, de impunere, contrar argumentelor logice mînuite de persoana în cauză). În desfășurare, O. capătă treptat fie un *caracter compulsiv*, de îndemnare spre o adevărată suită de acțiuni ridicole, absurde, sterile, repetitive, fie un *caracter ruminativ, de meditație*, fără sfîrșit, într-un adevărat păienjeniș de ipoteze și întrebări fără rost. Există încă multe controverse legate de critica și atitudinea persoanei în cauză față de propriile O., cei mai mulți autori înclină să creadă că O. apare pe un psihic alterat, în care nu face decît să-și încrusteze particularitățile, știut fiind că îndoielile, nesiguranța, lipsa unei decizii ferme, a unei hotărîri precise, tergiversarea etc., fac întotdeauna parte din cortegiul simptomelor ce însoțesc prezența unei O. (K. Jaspers, O. Kerbikov). *Clasificarea* O. diferă de la un autor la altul. O. apare în diverse combinații, mai ales cu fobii (v. FOBIE), știut fiind că fiecare bolnav are un grup principal de elemente obsesive și o serie de alte O. cu o intensitate și importanță secundară. O. apare în neuroze, stări reactive, psihopatii, depresii, schizofrenii, avînd o evoluție continuă, progresivă sau intermitentă. *Aritmomania*, cerință de a număra, a face fel de fel de calcule, a corela cifrele cu anumite evenimente, a face de-

Scanned with CamScanner

ducții cu semnificații bune sau rele prin raportare la anumite cifre etc. *Hidromania*, impulsiune de a se arunca în apă, față de care simte o atracție deosebită; persoana își petrece un timp enorm cu dezbaterea tuturor detaliilor care ar decurge dintr-un asemenea fapt. *Hipnomania*. Marchais descrie o adevărată O. a somnului, o preocupare centrată pe funcția somnului, care se diferențiază de narcolepsie prin aceea că somnul în sine nu iese din ritmul și durata sa obișnuită, numai prelucrarea, problematizarea în legătură cu somnul este amplificată. *Mania compensării* (Janet), tendința de a executa orice acțiuni strict simetric. *O. acțiune*, repetarea chinuitoare și fără rost a unei activități, de care bolnavul este, cel puțin în parte, convins că este absurdă; *O. amintire*, revenirea unor evenimente neplăcute cu întreaga lor încărcătură negativă (ex. vederea unui spînzurat etc.). *O. prin contrast*, apariția tulburătoare, și în același timp neplăcută, a elementelor obscene în cele mai penibile și neașteptate situații, cum ar fi în biserică, la înmormîntări etc. *O. fobică* (Sutter), teama, dezgustul față de un obiect oarecare. *O. halucinantă* (H. Ey), model mai ales oniric, vizual, terifiant. *O. ideativă*, fel de fel de gînduri abstracte, sterile, teme filozofice inutile, întrebări fără rost, care, prin repetiție, deranjează foarte mult. *O. impulsivă*, impunerea unei acțiuni, a unei fapte, față de care persoana se apără și, de obicei, nici nu ajunge să o comită vreodată (ex. tendința de a-și îneca copilul sau de a-și sufoca soțul etc.). *Onomatomanie* (Charcot, Magnan), preocupare dominantă, legată de numele persoanelor cunoscute, văzute, auzite etc. În această direcție, autorii menționați au descris mai multe variante: căutarea cu înfrigurare a numelui, repetarea aceluiași nume, impulsiunea, uneori irezistibilă de a-l pronunța, angajarea în semnificații particulare, de obicei funeste, legate de pronunțarea unor nume etc. *O. semnificație* (Janet), fiecare fenomen trebuie căutat și descifrat, analizat pentru a-i găsi sensul, importanța, interferențele etc. *O. zoopatic*, după unii autori greu de diferențiat de halucinațiile tactile, se caracterizează prin preocupări excesive pe tematica luată din lumea animalelor. *Scrupul obsedant* (Sutter), denumită și boala scrupulelor, caracterizată printr-o pedanterie extremă a întregului complex de acțiuni necesare vieții. Totul este dus pînă la exces: curățenie, ordine, disciplină, igienă, punctualitate etc. (7)

OBTUZIE. Tulburare a conștiinței, aparținînd modificărilor predominant cantitative ale acesteia. O. traduce alterarea clarității cîmpului conștiinței, a stării de vigilitate, cu scăderea

Scanned with CamScanner

„permeabilității" mintale în grade variate. Ea se caracterizează în special prin modificări ce decurg din ridicarea pragurilor senzoriale, cu contact mai dificil cu realitatea, recepție lentă și lipsită de precizie, înțelegere greoaie, ideație încetinită, răspunsuri întîrziate, inexacte. Bolnavul este somnolent, moleșit, vorbește mai greu, monoton. O. se poate accentua evoluînd spre obnubilare, torpoare sau chiar spre comă (toxică, traumatică); ea poate reprezenta primul stadiu în dezvoltarea unei confuzii mintale sau să apară în evoluția unui sindrom de hipertensiune intracraniană, în cadrul fluctuațiilor de conștiință (A. Porot). (3)

OCCIPITAL, SINDROM. Apare în leziunile lobului O., care pot fi de natură traumatică, tumorală, vasculară etc., manifestîndu-se clinic printr-o simptomatologie neurologică cît și una psihică. Psihic, avînd în vedere funcțiile importante ale acestui lob în cadrul analizatorului vizual, pe prim plan se situează tulburările de percepție sub forma halucinațiilor vizuale, considerate ca fiind de tip elementar în formele O. pure, cu precădere în localizarea de pe fața internă lobară, și ca halucinații vizuale complexe, cu localizarea pe convexitate. În cazul cînd există și o hemianopsie, halucinațiile pot apare atît în cîmpul vizual afectat cît și în cel sănătos. Frecvent, tulburările de percepție au caracter de halucinoză permanentă, aspectul paroxistic fiind necaracteristic acestui sindrom. Simptomatologia psihică mai este reprezentată de amnezia de fixare, eventual de confabulații, sau mai rar de un sindrom confuzional. Simptomatologia neurologică principală este reprezentată de agnozie vizuală, cecitate corticală, hemianopsie, tulburări oculo-motorii. (6).

OCLOFOBIE. v. FOBIE

OCOPATIE. v. KINETOZĂ

OCTOPAMINA. „Fals mediator" adrenergic, care poate fi stocat ca și noradrenalina la nivelul terminațiilor adrenergice. Spre deosebire de mediatorul adevărat O. posedă numai 1/100 din intensitatea efectelor noradrenalinei. După Murphy (1972), la bolnavii cu depresie, din grupul bipolar maniaco-depresiv, ar apărea O. în granulele de stocaj, afirmație dovedită pe plăcuțe sanguine (care au un mecanism de transport al monoaminelor similar cu neuronii). (5)

OCUPAȚIONALĂ, TERAPIE. Terapia O. înglobează o sumă de metode de tratament, care vizează „mobilizarea" bolnavului în activități diverse capabile să mențină și să dezvolte

Scanned with CamScanner

posibilităţile de contact cu lumea, cu grupul social. Se cunosc două categorii mari de metode: a). terapiile prin muncă (grădinărit, croitorie, tîmplărie etc.), numite şi activităţi ergoterapice; b). terapii recreative (play-therapy) — jocuri, desen, muzică etc. Ergoterapia este o activitate productivă concretă care, în instituţiile bine organizate şi profilate, aduce beneficii bolnavilor. În cazul al doilea se urmăreşte crearea unei „relaxări" psihice, prin care se va obţine descărcarea, deconectarea bolnavilor; ea deschide calea spre activităţi concrete, finalizabile, permiţînd resocializarea prin ocupaţie de grup, de artă dramatică etc. (4)

ODINOFOBIE. v. FOBIE

ODONTOFOBIE. v. FOBIE

OEDMANIE, OENILISM. Formă de alcoolism cronic în care bolnavul consumă exclusiv vin. În general, termenul de O. are o circulaţie restrînsă (v. ALCOOLOMANIE). (2)

OEDIP, COMPLEX. v. COMPLEX

OFIDIOFOBIE. v. FOBIE

OICOFOBIE. v. FOBIE

OLFACTIVE, HALUCINAŢII. ILUZII. v. HALUCINAŢIE, ILUZIE

OLFACTOFOBIE. v. FOBIE

OLIGOENCEFALIE. v. MICROCEFALIE

OLIGOFRENIE. Formează un capitol al psihiatriei, cu o poziţie mai aparte, în sensul că aici legătura cu patologia somatică este mare, O. fiind obişnuit consecinţa, mai mult sau mai puţin directă sau evidentă, a tulburărilor în dezvoltarea SNC. O. oglindesc stadiul atins în dezvoltarea (mai ales cognitivă) a intelectualului, instalarea deficitului intelectual confundîndu-se de obicei cu dezvoltarea integrală a individului. În multe ţări se preferă alte denumiri ca: „mental deficiency" (Anglia), „états d'arrieration" (Franţa), „mental retardation" (Statele Unite). O. pot fi considerate ca un stadiu subnormal de dezvoltare a intelectului existent de la naştere sau apărut în prima copilărie, ca urmare a unor tulburări care afectează dezvoltarea creierului, condiţionate de o multitudine de factori. Intelectul este rezultatul unui proces îndelungat şi complex de dezvoltare a SNC, care se întinde de la naştere şi pînă la maturitate, la realizarea căruia îşi dau concursul atît factori genetici, cît şi factori de mediu, factori ce pot valida desfăşurarea potenţialului biologic sau îl pot opri în dezvoltarea sa, la diferite nivele. O. sînt tributare în special patologiei infantile.

Scanned with CamScanner

După majoritatea autorilor, frecvența O. variază între 3 și 5% din totalul populației de vîrstă școlară. Se pare că incidența O, se află în creștere. Această creștere este pe de o parte relativă, în sensul unei depistări mai active a deficienților mintali în rîndul populației tinere, pe de altă parte este reală. Exigențele vieții sociale, devenite tot mai complexe, ritmul rapid al industrializării, procesul de urbanizare etc. solicită un grad de adaptare și un nivel de cunoștințe profesionale din ce în ce mai ridicat, scoțînd astfel la iveală și stările de deficit intelectual ușoare care, pînă în prezent, treceau neobservate. În ultimele decenii există și o creștere reală a numărului handicapaților intelectuali, datorate în parte progreselor realizate de medicină, prin care se face posibilă recuperarea unor cazuri altădată considerate pierdute (copii născuți prematur, copii cu complicații grave la naștere, bolile infecto-contagioase din primele luni de viață etc.). *Etiologie.* Deficitul intelectual este un fenomen complex, determinat de cauze multiple, doar parțial cunoscute. *Factori prenatali.* Influențează dezvoltarea SNC încă din viața intrauterină. Ei se împart în: 1). Factori genetici care, în funcție de modalitatea de transmitere, sînt: a). Factori genetici nespecifici. Existența lor a fost dovedită prin corelarea coeficientului de inteligență al bolnavului cu cel al rudelor acestuia. Cercetările lui Juda arată că 27% dintre frații oligofrenilor au diferite grade de nedezvoltare intelectuală. Luxemburger și Brugger au demonstrat prin studii statistice că dacă unul din părinți este oligofren, riscul pentru urmași este de 40%, iar cînd ambii părinți sînt oligofreni, acesta atinge 80% (după Reiter și Osthopp, chiar 90,7%). Studii mai recente făcute de Syögren (1959), pe gemeni univitelini, arată un indice de concordanță ce se apropie de 100%. De menționat și remarca lui Wildenskon și Penrose care observă o frecvență crescută a O. în special printre rudele debililor mintali (comparativ cu cele ale imbecililor și idioților) deoarece în formele severe de O. intervin în primul rînd factori externi ce-și exercită influența nocivă mai mult accidental asupra individului în cauză. Unii autori consideră formele ușoare de O. ca simple variații ale normalului și nu neapărat rezultatul acțiunii unor factori nocivi, tot așa cum o persoană poate avea talie mică datorită unor perturbații în procesul de creștere sau a unei predispoziții familiale; b) Factorii genetici specifici se referă la participarea unor gene determinante care, transmise pe cale recesivă sau dominantă, antrenează modificări cerebrale organice sau metabolice caracteristice, realizînd tablouri clinice individuale. Din

Scanned with CamScanner

această categorie fac parte O. dismetabolice și displaziile congenitale; c). Factori genetici cromozomiali; transmiterea caracterelor se face la nivel de cromozomi, de aceea unii autori nu-i consideră ca factori ereditari propriu-ziși. Se pun în evidență prin studiul cariotipului. 2). Factori infecțioși și parazitari fac parte din categoria factorilor prenatali externi. Teoretic se consideră că orice infecție a gravidei în primele luni de sarcină este susceptibilă de a produce leziuni fetale și, prin urmare, și ale SNC. Cu o importanță practică mai mare se reține: a). Sifilisul mamei, care se transmite fătului, realizînd sifilisul congenital, unde, pe lîngă stigmatele somatice cunoscute, se întîlnesc și nedezvoltări ale intelectului de diferite grade; b) Rubeola, în primele luni de sarcină, duce la malformații congenitale ale fătului într-un procent și o gravitate invers proporțională cu vîrsta sarcinii. Leziunile provocate de virus în primele săptămîni sînt de obicei incompatibile cu viața, iar cele din săptămînile următoare provoacă cataracte, surdo-mutitate, malformații cardiace etc., însoțite de tulburări neurologice și de nedezvoltare intelectuală; c) Toxoplasmoza este provocată de un parazit care trece bariera feto-placentară, provocînd leziuni cerebrale însoțite de deficit intelectual. De menționat că boala mamei nu se manifestă clinic. Și alte infecții pot avea repercusiuni asupra dezvoltării intelectului(gripe repetate, parotidita epidemică etc.), atunci cînd sînt contractate de gravide în primele săptămîni de sarcină. 3). Factori toxici, care acționează asupra gravidei în timpul sarcinii, au o influență negativă și asupra gravidei fătului. Ei pot fi: a) Exogeni: există o întreagă categorie de substanțe chimice care administrate în timpul primelor luni de sarcină pot provoca leziuni fătului. Dintre toxicele alimentare, la noi, cel mai răspîndit este alcoolul (consecințele intoxicației alcoolice cronice fiind binecunoscute). Efecte negative asupra dezvoltării fătului mai pot avea intoxicațiile profesionale (acute sau cronice), accidentale sau voluntare (în scop de suicid), precum și utilizarea unor medicamente cu acțiune teratogenă (ex. talidomida). În legislația țării noastre este prevăzută întreruperea autorizată a cursului sarcinii la gravidele care au urmat un tratament susținut, în primele 3 luni de sarcină, cu unele medicamente psihotrope; b) Endogeni: în boli somatice grave cu producere de cataboliți toxici sau imposibilitatea epurării acestora (diabet grav, uremie ș.a.) apare o stare de intoxicație a mamei și fătului cu consecințe asupra dezvoltării normale a SNC al fătului. 4). Factorii bio-umorali: incompatibilitatea Rh poate produce — atunci

Scanned with CamScanner

cînd sarcina este dusă la termen — icterul grav al noului născut. Din reacția antigen-anticorp pot rezulta microtromboze și microramolismente cerebrale. *Factori intranatali* acționează asupra fătului în momentul nașterii. 1). Traumatismele obstetricale, deosebit de importante prin consecințele lor (mai ales tardive). Ele apar frecvent în timpul travaliilor prelungite sau după manevre obstetricale (aplicarea de forceps, vidextracție ș.a.) impuse de distocii ale părților moi sau de malformații ale bazinului. 2). Circularele de cordon, 15—25% din totalul nașterilor, prelungesc travaliul, provocînd frecvent leziuni de tip anoxic. 3). Prezentările vicioase complică nașterea soldîndu-se frecvent cu tr.cr.cr., hemoragii, edeme cerebrale sau leziuni anoxice. 4). Asfixia albă și asfixia albastră provoacă leziuni cerebrale de tip anoxic. Procentul lor este destul de ridicat, iar consecințele asupra dezvoltării psihomotorii ulterioare a copilului pot fi destul de grave. *Factori postnatali* acționează după naștere. Ei pot fi: 1). Factori organici, toate afecțiunile nounăscutului, care interesează și SNC, vor avea repercusiuni asupra dezvoltării intelectului. Cei mai cunoscuți sînt tr.cr.cr., meningoencefalitele virale sau bacteriene, encefalopatiile postinfecțioase, endocrinopatiile grave ale nou-născutului. Influența asupra dezvoltării intelectului este cu atît mai pronunțată cu cît vîrsta la care acționează este mai mică. 2). Factorii psihosociali mai influențează direct dezvoltarea intelectului, totuși rolul lor este important, deoarece mediul socio-familial constituie un element indispensabil dezvoltării intelectului uman. În absența stimulilor socio-familiali care să favorizeze dezvoltarea proceselor cognitive sau, cînd acești stimuli sînt insuficienți sau inadecvați, potențialul biologic uman nu se va putea valida (importanța carențelor afective și educative asupra dezvoltării intelectuale). Între factorii ereditari organici și de mediu social există o interdependență strînsă și permanentă, adesea sumîndu-se mai mulți factori într-o adevărată constelație în realizarea tabloului clinic al unei O. *Forme clinice*. În funcție de intensitatea deficitului intelectual. O. au fost împărțite în trei forme: debilitate mintală, imbecilitate și idioție. Unii autori preferă denumirea de forme ușoare, mijlocii și grave. Importanță mare în stabilirea gradului de O. o are coeficientul de inteligență (Q.I) — raportul dintre vîrsta psihică și vîrsta cronologică înmulțit cu 100 ($Q.I. = \frac{Vp}{Vcr} \times 100$) — și gradul de recuperabilitate. El este măsurabil prin teste psihometrice (scala Binet-Simon). Împărțirea O. în cele trei forme are un

Scanned with CamScanner

caracter arbitrar, în realitate delimitarea nefiind nici precisă nici netă. Trecerea de la o formă la alta se face treptat, chiar în cadrul aceleiași forme, intelectul uman variind — după F. Roberts — într-o manieră continuă de la idiot la geniu. 1). *Debilitatea mintală* reprezintă forma cea mai frecvent întîlnită în cadrul O.; se caracterizează printr-un Q.I. cuprins între 80—60, ceea ce corespunde aproximativ unei vîrste psihice de 8—10 ani. Randamentul școlar al debililor mintali este scăzut, fiind, în timpul școlarizării elementare, cu 2—4 ani în urma copiilor de aceeași vîrstă. Aspectul clinic al debilului poate prezenta particularități somatice; cînd acestea există, constau din malformații discrete ale buzelor, dinților, urechilor etc. Examenul psihic decelează în primul rînd deficiențe în sfera cognitivă. Vorbirea deși este relativ bine dezvoltată, de multe ori apare defectuoasă. Percepțiile sînt puțin exacte, lipsește descriminarea fină a analizatorilor, care, împreună cu labilitatea și lipsa de tenacitate a atenției influențează procesele cognitive Afectivitatea rămîne imatură predominînd forme mai elementare ca: afecte și emoții, cu toate că uneori debilii mintali pot da dovadă de sentimente puternice. Ceea ce caracterizează afectivitatea debililor este însă o mare irascibilitate și un slab control cortical al acesteia. Debilul mintal reacționează în fața unor situații conflictuale sau nemulțumiri fie prin descărcări afective violente, fie printr-o stare de inhibiție psihomotorie cu negativism și încăpățînare, totdeauna existînd o disproporție între intensitatea reacției și cauza care a determinat-o. Gîndirea debilului se desfășoară greoi; se operează în general cu noțiuni concrete, abstractizarea și generalizarea fiind insuficient dezvoltate. Debilul mintal este incapabil să extragă esențialul dintr-o problemă, pierzîndu-se în amănunte nesemnificative. Personalitatea debilului este insuficient structurată, puerilă cu sugestibilitate crescută și imaturitate psiho-afectivă. De obicei este incapabil să ia decizii importante, să-și apere singur interesele. Întrucît nu-și poate prevedea consecințele acțiunilor sale, se pune adesea în situații delicate, pe care nu le poate depăși decît prin reacții violente, minciună sau încăpățînare. Debilul face cu greu față unei situații noi, care necesită o analiză prealabilă a dificultăților, dînd dovadă în acest sens de o remarcabilă lipsă de imaginație. Principiile etico-morale sînt de obicei acceptate mecanic și respectate cu strictețe; uneori însă ele sînt respinse în totalitate. Egocentrismul, limitarea sferei intereselor la persoana proprie, precum și lipsa umorului, completează

Scanned with CamScanner

personalitatea debilului mintal. Activitatea voluntară este insuficient coordonată, deprinderile formîndu-se cu greutate. Printr-o şcolarizare specială şi o orientare profesională adecvată poate duce o viaţă independentă, dar adaptarea socială depinde şi de toleranţa colectivităţii. Sub aspectul comportamentului se deosebesc două forme clinice: *debilul armonic,* docil, harnic, meticulos, care se adaptează satisfăcător; *debilul dizarmonic,* iritabil, instabil, exploziv, turbulent, cu reacţii violente şi disproporţionate la situaţii conflictuale. Delicvenţa este crescută în rîndul debililor, atît datorită sugestibilităţii şi impulsivităţii, cît şi discernămîntului diminuat, fapt evident cînd debilii ajung în tovărăşia psihopaţilor. Există o tendinţă crescută la toxicofilie, prin imitaţie, precum şi la perversiuni sexuale şi vagabondaj. 2). *Imbecilitatea* reprezintă forma mijlocie a oligofreniilor, avînd o frecvenţă de 18—20% din totalul O. Se caracterizează printr-un Q.I. de 20—50, ceea ce corespunde unei vîrste psihice de 3—7 ani. În general, imbecilul este considerat parţial recuperabil. Clinic, este uşor de recunoscut, datorită faciesului caracteristic, precum şi prezenţei anomaliilor somatice şi malformaţiilor pe care le prezintă: strabism (convergent sau divergent), buze groase, dantură cu implantaţie vicioasă, macroglosie, dezvoltarea dizarmonică a diferitelor segmente ale corpului etc. Spre deosebire de debil, imbecilul prezintă şi un sindrom neurologic, sub forma unei simptomatologii difuze, reziduale. Vorbirea prezintă frecvent tulburări de tip dizartric; fondul lexic este redus, iar limbajul scris lipseşte, imbecilul nefiind în stare să înveţe să scrie corect. Percepţiile sînt inexacte (fragmentare), memoria infidelă şi scurtă, iar atenţia prezintă o hipoprosexie accentuată cu o mare labilitate, avînd o tenacitate scăzută, volum şi distribuţie restrînse. Memoria poate avea, la unii imbecili, o dezvoltare exagerată, monstruoasă (hipermnezia mecanică a calculatorilor fenomenali). Gîndirea operează numai cu elemente concrete, abstractizarea fiind aproape imposibilă. Din această cauză şi formarea noţiunilor este mult îngreunată, iar şcolarizarea se limitează la învăţarea unui număr restrîns de cuvinte. La imbecil se pot forma unele deprinderi practice printr-un antrenament adecvat dar acestea au un grad redus de complexitate, făcîndu-i apţi numai pentru munci simple, necalificate şi fără caracter de iniţiativă, improvizaţie. O dată formate deprinderile rămîn stabile, bolnavii adaptîndu-se cu greu la situaţii care ies din stereotipul lor dinamic. Personalitatea rudimentară este caracterizată printr-o sugestibilitate crescută, prin lipsa discernămîntului, prin dezinhibiţia

Scanned with CamScanner

instinctivo-afectivă cu manifestări elementare, zgomotoase la care participă cu tot corpul, ele fiind însoțite de puternice reacții neurovegetative. Unii prezintă exhibiționism, masturbație, zoofilie, prostituție, și pot comite o serie de acte antisociale. Nu sînt în stare să se întrețină singuri sau să întrețină o familie, fiind dependenți sociali. Crizele epileptice se întîlnesc într-un procent de 42% (consecința leziunilor neurologice centrale). 3). *Idioția*, forma cea mai gravă a O., reprezintă stadiul cel mai profund al nedezvoltării intelectului, Q.I. fiind sub 20, ceea ce corespunde unei vîrste psihice de 1—3 ani. Frecvența este mai scăzută, reprezentînd 5% din totalul O. Idiotul este considerat total nerecuperabil, el necesitînd o îngrijire și o supraveghere permanentă în instituții spitalicești de profil. Aspectul somatic al idiotului este dizarmonic, caracteristic, datorită malformațiilor produse prin leziuni centrale precoce: craniul micro sau macroencefalic, gura de lup, macroglosie, nistagmus cu secuse rapide sau lente, strabism, buze groase, gura întredeschisă, din care se prelinge salivă, privire fixă sau rătăcită, mimică șterasă, inexpresivă, hipomobilă. Tulburările neurologice sînt grave și constau din hemiplegie sau paraplegie spastică, contracturi extrapiramidale, tulburări de statică, dinamică și de motricitate (prin lipsa de coordonare a mișcărilor), tulburări sfincteriene. Unii prezintă mișcări ritmice de balansare a corpului. Vorbirea nedezvoltată, constă în articulări monosilabice și mai rar în învățarea unor cuvinte simple prin care-și exprimă dorințele și simțămintele. Percepțiile sînt nediferențiate nu disting gusturile, mirosurile, adesea nu simt decît durerea puternică, se mușcă, se rănesc. Atenția hipoprosexică, cu o mare labilitate, poate merge uneori pînă la aprosexie. Memoria slabă permite doar fixarea mecanică. Formarea noțiunilor nefiind posibilă, gîndirea idiotului rămîne nedezvoltată. Activitatea voluntară se caracterizează prin mișcări necoordonate, stereotipe sau prin hipokinezie. Instinctele sînt întotdeauna modificate, ele pot fi exagerate, scăzute sau pervertite (bulimie, coprofagie, scăderea instinctului de conservare). Unii idioți sînt liniștiți, apatici, pe cînd alții sînt mobili, agresivi cu tendințe clastice. Se disting două forme clinice mai bine conturate: *idiotul superior*, cu Q.I. în jur de 20 și o vîrstă psihică de aproximativ 3 ani, care articulează cîteva cuvinte, se poate alimenta singur, înțelege comenzile simple: *idiotul inferior*, cu vîrstă psihică în jur de 1 an, care nu vorbește, scoate numai cîteva sunete nearticulare, este gatos, nu se alimentează singur și prezintă semne neurologice grave, asociate cu diverse tulburări senzoriale.

Scanned with CamScanner

Frecvența crizelor epileptice este ridicată datorită multiplelor leziuni neurologice centrale existente. *Anatomie patologică.* În O. ușoare, modificările pot lipsi; ele sînt necaracteristice față de factorii etiologici. În formele grave ele sînt întotdeauna prezente și constau din leziuni degenerative, leziuni encefalopatice sechelare, agenezii corticale, microgirii, pahigirii, anomalii de corp calos, malformații ventriculare (hidrocefalie internă sau externă), scleroze, leziuni cicatriciale. Histologic se găsesc celule embrionare, heterotopie, proliferări gliale etc. *Forme clinice etiologice.* Menționăm cîteva dintre cele mai importante, numărul lor fiind extrem de mare. *O. fenil-piruvică,* face parte din cadrul O. dismetabolice și a fost descrisă de Fölling (1934). Se datorește lipsei enzimei care transformă fenilalanina în tirozină, catabolismul oprindu-se la acidul piruvic. Clinic se manifestă printr-o retardare intelectuală gravă, ce apare între 1 și 4 ani. Somatic: craniu mic, facies caracteristic de înger cu trompetă, păr blond, talie mică. Semnele neurologice constau dintr-o hipertonie extrapiramidală, mișcări atetozice, tremurături. Boala se transmite genetic printr-o genă autosomală recesivă. Diagnosticul se pune pe baza aspectului clinic caracteristic, al retardării psihomotorii și a examinărilor de laborator care evidențiază prezența fenilalaninei în urină (cu perclorură de Fe). Descoperită precoce, prognosticul este bun. Tratamentul constă în regim alimentar cu excluderea fenilalaninei din alimentație, cel puțin pînă la vîrsta de 15 ani. *Idioția mongoloidă* (v. LANGDON-DOWN) *Hidrocefalia internă* sau *externă* datorită obstruării găurii lui Luscka sau apeductului Sylvius, duce la creșterea volumului craniului, dehiscența suturilor oaselor calotei craniene și protruzia globilor oculari (ochi în apus de soare). Aspectul clinic arată disproporția dintre craniu și masivul facial, pe de o parte, și între cap și trunchi, pe de alta. Tulburările neurologice constau din semne piramidale, cerebeloase și crize convulsive. Psihic, se întîlnește o nedezvoltare intelectuală de intensități foarte diferite. *Idioția amaurotică familială* (v. TAY-SACHS și SPEILMAYER-VOGT). *Scleroza tuberoasă Bourneville* face parte din displaziile congenitale și se datorește unor factori mecanici, chimici etc., în general puțin cunoscuți, care perturbă dezvoltarea histologică normală a SNC. Aspectul clinic este puțin caracteristic: slaba dezvoltare a intelectului este prezentă în 70—80% din cazuri. Semnele neurologice constau în crize convulsive jacksoniene sau generalizate. Diagnosticul se pune mai ales pe baza modificărilor anatomopatologice caracteristice, care evidențiază mase

Scanned with CamScanner

scleroase în creier, acesta avînd un aspect conopidiform. Prognosticul este grav, decesul survenind între 5 și 15 ani. *Microcefalia* se datorește lipsei de dezvoltare a cutiei craniene, de obicei prin sutura precoce a oaselor craniene și împiedicarea creșterii acestora, cauzată de factori foarte diferiți. Clinic constatăm o micșorare a craniului, frunte teșită, turtirea regiunii occipitale. Tabloul psihic cel mai frecvent este al unei imbecilități. Neurologic se constată rigiditate și hiperreflexie. Examenul anatomopatologic arată agenezii cerebrale, microgirii, agirii etc. *Embriopatia rubeolică* apare după contractarea unei rubeole de către gravidă, în primele 3 luni de sarcină. A fost descrisă de Gregg (1941). În primele 2 luni de sarcină, malformațiile ating un procent de 80—100% din cazuri, multe din ele fiind incompatibile cu viața. După luna a 2-a, procentul lor scade la 50%, iar gravitatea se reduce. Anomaliile de dezvoltare a SNC realizează și tablouri psihice caracterizate printr-un deficit intelectual variabil, ce merge de la debilitate și pînă la idioție, în funcție de gravitatea leziunilor cerebrale. Semnele neurologice constau în crize convulsive, mișcări atetozice ș.a. Leziunile anatomopatologice sînt diverse. *Embriopatia toxoplasmatică* (v. TOXOPLASMOZA). *Incompatibilitatea Rh*, prin microtrombozele pe care le provoacă, dau leziuni cerebrale difuze sau de focar, manifestate prin semne neurologice ca: dizartrie, modificări de reflexe, distonii musculare, rigiditate etc. Tabloul psihic se caracterizează printr-o debilitate ușoară. *Diagnosticul pozitiv*. Sub aspectul evidențierii deficitului intelectual și a încadrării în una din formele clinice, acesta nu ridică probleme. Pentru formele grave, diagnosticul se face pe baza examenului psihic. Pentru formele ușoare, cele de limită, sau atunci cînd dorim mai multă exactitate, se recurge și la testări psihomotrice cu ajutorul cărora se apreciază Q.I. (scala Binet-Simon etc.). *Diagnosticul etiologic* este dificil și nu totdeauna posibil. *Diagnosticul diferențial* al O. în general se va face cu demențele infantile în care intelectul a atins un nivel normal de dezvoltare, dar s-a degradat sub influența unor leziuni cerebrale de natură variată; cu neurozele în cazul debilității mintale cu acuze neurotice, frecvent întîlnite prin dificultățile de adaptare la mediul social și a capacității reduse de înțelegere și raționalizare a unor situații psihotraumatizante; testările psihometrice evidențiază însă fondul intelectual deficitar. Psihopatiile trebuie diferențiate de O. care adesea prezintă tulburări de comportament (debil dizarmonic). Sugestibilitatea crescută, di-

Scanned with CamScanner

minuarea sau lipsa discernămîntului precum și Q.I. scăzut, tranșează diagnosticul; cu epilepsia, datorită frecvenței cu care apar crizele convulsive mai cu seamă în O. grave; spre deosebire de epilepsiile idiopatice sau secundare, la O. se găsesc, pe lîngă tulburările de intelect, și tulburări grave neurologice, consecință a leziunilor cerebrale. *Evoluția și prognosticul* O. depind de forma clinică și de factorul etiologic. Prognosticul este benign sub aspect vital în formele ușoare, fără malformații sau leziuni organice, și devine cu atît mai grav cu cît aceste leziuni sînt mai exprimate. *Tratamentul* curativ se rezumă de obicei la aplicarea măsurilor medicale și psihopedagogice speciale. Se vor corecta tulburările endocrine cu preparate hormonale, se va stimula activitatea cerebrală prin administrarea de cerebrolizine, aminoacizi, importanți pentru metabolismul cerebral, encefabol, glutarom, vitamine B. În formele cu agitație psihomotorie se administrează psihotrope și sedative (clorpromazin 75—100 mg/zi, haloperidol, 2—5 mg/zi, tioridazină 100—150 mg/zi, diazepam 20—50 mg/zi etc.). În formele depresive și apato-abulice, dispoziția poate fi stimulată cu timoanaleptice. La bolnavii cu tulburări de comportament se recomandă neuleptil (10—30 mg/zi). Măsurile psihopedagogice vizează educarea și instruirea O. recuperabili (debili mintali și imbecili la limita superioară). Pentru aceștia există unități profilate, încadrate cu pedagogi, psihologi, psihoterapeuți cu pregătire specială care, prin munca în echipă, îndrumă și stimulează potențialul intelectual, potrivit cu disponibilitățile și înclinațiile fiecărui bolnav, reușind formarea unor îndeletnici practice și acumularea unui bagaj de cunoștințe teoretice necesar pentru desfășurarea unei munci sociale utile. Bolnavii cu forme grave de O., socotiți irecuperabili, sînt spitalizați în unități speciale unde beneficiază de asistență medico-socială necesară (cămine-spital). Unii pot fi învățați să aibă o serie de deprinderi simple, folosite în activități ergoterapeutice și în scopuri practice. În instituirea măsurilor psihopedagogice, în asistența debililor mintali o contribuție de seamă și-a adus-o și școala clujeană de oligofrenologie, reprezentată de prof. D. D. Roșca și Al. Roșca și colab. *Expertiza capacității de muncă.* Se pune mai ou seamă pentru debilii mintali care au învățat o meserie și desfășoară o muncă socială utilă, organizată și remunerată (tapițeri, tîmplari, zidari etc.). Datorită iritabilității, susceptibilității, lipsei de suplețe în relațiile interpersonale etc., pot intra în conflict cu colectivitatea în care muncesc, reacționînd fie violent, fie prin stări depresive și de demisie. Pentru evitarea acestor

Scanned with CamScanner

situații, mediul trebuie să fie mai tolerant și în prealabil pregătit să fie înțeleși, ajutați și stimulați. Se poate de asemenea recomanda muncă cu orar redus în unități de producție profilate (ex. cooperativele de invalizi). *Expertiza medico-legală.* De mule ori O. (debili dizarmonici sau imbecilii la limita superioară) ajung să comită acte antisociale, mai ales în tovărășia unor psihopați (furt, viol, incendiu, vagabondaj etc.). În aprecierea responsabilității penale se va ține seama de gradul de sugestibilitate și de diminuare a discernămîntului, întrucîtva paralel cu scăderea Q.I. (2)

OMBROFOBIE. v. FOBIE

OMEGA MELANCOLIC. Semn descris în melancolie, referindu-se la aspectul încrețit al frunții bolnavului, la ridurile îndreptate spre rădăcina nasului (care exprimă contracția dureroasă). (3)

OMNOPON. v. OPIU

OMUCIDERE, sin. HOMICID. Provocarea directă a morții unei ființe umane de către alta. Faptul intră în incidența penală și uneori psihiatrică. Motivația O. este variată: gelozie, invidie, ură, obținerea unor beneficii (ex. moștenire), răzbunare etc. Mediul socio-cultural, precum și situațiile dramatice, tensionale sau de limită (războaie, șomaj, revoluții etc) pot influența incidența O. Un număr de O. aparțin, prin motivație și mod de executare, psihiatriei, necesitînd expertiză medico-legală. Oligofrenia, schizofrenia, psihozele toxice (ex. alcoolismul) delirul confuzo-oniric, farmacodependența, delirele cronice sistematice și epilepsia se înscriu în primele rînduri, prin posibilitatea crescută de a provoca reacții violente cu O. Ca formă particulară de O. se citează *O. altruist*, caracteristic melancoliei. Din punct de vedere al periculozității, a potențialului criminogen cît și a frecvenței, pe prim plan se situează psihozele paranoice, în special delirul cronic sistematizat de persecuție. O. se întîlnește și în cazuistica medico-legală a psihiatriei infantile. Suspiciunea unei boli psihice în caz de O. implică examinarea competentă în comisia pentru stabilirea diagnosticului și discernămîntului (v. EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ). (4)

ONANIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

ONDINISM. v. PERVERSIUNI SEXUALE

ONEIRO, ONIRO. Introduce în termenii pe care-i compune familia de cuvinte care au semnificație de vis. (7).

Scanned with CamScanner

ONEIROFRENIE. Termen propus de von Meduns pentru a grupa într-un cadru nozografic aparte toate formele clinice în care sînt implicate fenomene onirice (stările de vis). (7)

ONEIROIDIE (stare oneiroidă). Termen prin care W. Mayer-Gross (1924) desemnează o formă particulară de tulburare a conştiinţei în care, spre deosebire de starea onirică, apare o stare confuzivă, mai discretă şi mai puţin intensă. Întrucît bolnavul, pornind de la ambianţă, brodează pe tema realităţii o „ficţiune trăită" (A. Porot), participînd afectiv şi comportamental, autorii francezi (H. Ey şi Rouart) consideră ca fiind o caracteristică a stărilor oneiroide „infiltrarea construcţiilor de vis în gîndire vigilă". Imaginile şi scenele care se perindă cu repeziciune prin faţa bolnavului au un caracter fantastic (cu teme, după Mayer-Gross, de tipul cataclismelor, catastrofelor, războaielor, naufragiilor, sfîrşitului lumii etc.), de inspiraţie antologică şi literară. Ele se apropie mai mult de reprezentări şi producţii imaginative deosebindu-se prin aceasta de halucinaţiile adevărate din stările onirice. O altă caracteristică este (în ciuda participării afective intense) discordanţa dintre comportamentul bolnavului şi trăirile sale. El este uneori stuporos sau puţin mobil (hipokinetic), alteori prezintă o agitaţie monotonă, fără legătură cu producţiile sale imaginative. În contrast cu stările onirice, amintirea trăirilor oneiroide este păstrată. Ca aspect clinic, unii autori au izolat o *formă expansivă* de O (cu idei delirante fantastice, expansive) şi o *formă depresivă* (cu idei delirante de tip depresiv, de autoacuzare şi ipocondrie). Apartenenţa etiologică a sindromului oneiroid e mult discutată; se observă mai frecvent în intoxicaţii, infecţii, în schizofrenie catatonică şi manie confuzivă. S-a încercat delimitarea (de către Meduna şi McColloch) a oneirofreniei, care ar desemna stările O., termen însă neintrat în uz ca entitate nozologică (avînd în vedere polietiologia sindromului oneiroid.) (3)

ONICOFAGIE. Manifestare impulsivă caracterizată prin tendinţa de a-şi roade unghiile. O. survine mai ales la copiii timizi, susceptibili, crescuţi sub ameninţare etc. Neluîndu-se din timp măsuri psihopedagogice de remediere, O. poate deveni un obicei care să se păstreze şi la maturitate. (7)

ONIOMANIE. Preocupare patologică de a face cumpărături exagerate, inutile şi în decalaj cu situaţia şi starea bolnavului. O. apare în manie, schizofrenie, parafrenie, oligofrenie, demenţe etc. (7)

Scanned with CamScanner

ONIRIC, DELIR. v. DELIR

ONIRISM (stare onirică). Termenul se referă la o stare de conştiinţă particulară care realizează o activitate mentală „automată", bogată în viziuni şi halucinaţii animate, predominant vizuale, asemănătoare stărilor de vis. Majoritatea autorilor accentuează aspectul confuzional al stărilor onirice de diverse etiologii. Psihiatrii francezi au adus contribuţii preţioase la conturarea şi studiul lor clinic: Lasègue (care compară delirul alcoolicilor cu un vis treaz), Chaslin, Régis (care descrie „delirul oniric" sau „delirul de vis", subliniind îmbinarea celor două aspecte confuzional şi delirant). S-a spus, plastic, că onirismul reprezintă pentru confuzie ceea ce visul este pentru somn. Luînd ca prototip onirismul din delirium tremens, Gayral sintetizează caracterele sale, concretizate în evoluţia sa episodică, în participarea intensă a bolnavului la viziunile şi scenele „visului" său, dramatizarea şi puternica sa încărcătură emoţională. Tulburările de percepţie (iluzii şi mai ales halucinaţii) sînt predominant vizuale, panoramice, multiple, conţinînd uneori scene animate, cu o tematică mai frecvent profesională sau familială (mai rar scene mistice sau erotice). Ele creează o stare penibilă de teamă, anxietate, pînă la teroare. Trăindu-şi activ „visul", bolnavul îşi adaptează conduita trăirilor halucinatorii, în care devine personajul central, gesticulează, strigă, se agită, se apără, fuge, ameninţă etc., putînd ajunge la adevărate „raptusuri pantofobice" (reacţii anxioase, fugă, impulsiuni etc.). Pericolul în O. rezidă în reacţiile neprevăzute ale bolnavului invadat de panică. O., fiind un element esenţial al confuziei mintale, poate apare în confuzii toxice şi infecţioase. O deosebită frecvenţă are în alcoolismul acut şi subacut. În afara O. toxi-infecţios, dramatic, agitat, există forme mai puţin intense, cu predominanţa halucinaţiilor la care bolnavul asistă pasiv (din personaj principal devine un simplu martor neutru). Aici se încadrează O. din momentul adormirii (hipnagogic), O. din halucinoza pedunculară (Lhermitte), precum şi viziunile fumătorilor de opiu. O. mai poate apare în stările care antrenează o disoluţie a conştiinţei, cum ar fi accidentele epileptice (epilepsia temporală), leziunile de focar (tumorale) ale zonei diencefalo-bazilare, paroxismele anxioase, stările crepusculare. Bufee delirante onirice (tranzitorii) s-au mai descris în cazul accidentelor vasculare cerebrale (spasme, hemoragii, ramolismente). Agitaţia nocturnă a unor demenţi senili se poate desfăşura tot pe fundalul O. Sub raport diagnostic, deşi recunoaşterea stării onirice este în general posibilă, ea trebuie deosebită de unele

Scanned with CamScanner

stări de graniță, cum ar fi delirul de imaginație al lui Duprée (v. DELIR, de imaginație), de stările oneiroide (v. ONEIROIDIE) și de reverie (v. REVERIE). (3)

ONIROID, DELIR. v. DELIR

ONOMATOFOBIE. v. FOBIE

ONOMATOMANIE. v. OBSESIE

OPIOID. Orice compus natural sau sintetic, care are proprietăți farmacologice similare morfinei (v. MORFINA). (5)

OPIOMANIE. Termenul cuprinde o varietate largă de forme clinice și de tulburări apărute în urma consumului abuziv de opiu de la fumătorii de opiu din extremul orient, pînă la cei care folosesc soluțiile injectabile, între care morfina și heroina se găsesc pe primele locuri. Instalarea dependenței se face într-un interval variabil de timp (1—3 luni), în mare măsură determinat și de structura premorbidă a viitorului toxicoman, știut fiind că psihopații și neuroticii sînt frecvent întîlniți în rîndul opiomanilor. Lipsiți de critică și nereceptivi la sfaturi, siguri de ei înșiși, autoamăgindu-se, cad pe nesimțite victime acestei farmacodependențe. Primele argumente și explicații prin care motivează consumul (curiozitate, îndemnul unui drogat, starea generală rea, stress-ul psihic etc.) sînt repede transformate în pretexte, pe măsură ce fenomenele de dependență se fac simțite și prin aceasta starea de toxicoman declarată ca atare. Evoluția este similară tuturor farmacodependențelor; orizontul intereselor etico-profesionale și familiale se îngustează, drogul devine singura dominantă a vieții, opiomanul fiind preocupat în permanență de procurarea sa, cu atît mai mult cu cît teama de abstinență și groaza de suferință îl fac să se îngrijească mereu de a avea cantități mai mari decît îi sînt necesare. La rîndul său în instalarea toleranței reclamă creșterea cantității cotidiene, ajungînd în cîțiva ani să consume mult peste doza obișnuită și chiar peste doza considerată mortală pentru o persoană indemnă. Opiomanii cronici prezintă tulburări somatice; între care scăderea ponderală pînă la caşexie este considerată una din elementele cele mai frecvent întîlnite. Întreaga lor viață se modifică, devin distanți, se izolează de restul familiei, întreținînd legături numai cu acei care le pot procura drogul sau cu alți consumatori. După N. B. Eddy și colab. (1965), elementele caracteristice opiomaniei în general și morfinomaniei în special pot fi cuprinse în 3 categorii: a). O dependență psihică puternică cu supraaprecierea propriilor trăsături însoțite de o cerință compulsivă de a lua drogul, a cărui procurare trebuie făcută trecînd peste toate restricțiile și greută-

Scanned with CamScanner

ţile; b). Apariţia timpurie a dependenţei fizice care creşte progresiv în intensitate şi determină creşterea continuă a dozei, cu folosirea tuturor mijloacelor posibile spre a evita apariţia sindromului de abstinenţă; c). Apariţia toleranţei, care la rîndul său reclamă creşterea dozei în vederea obţinerii efectului iniţial scontat. În cazul unei întreruperi bruşte sau a scăderii la 1/2 a dozei cotidiene se instalează, în decurs de cîteva ore, tabloul clinic binecunoscut al abstinenţei, care atinge paroxismul în jur de 48 ore, apoi descreşte progresiv în decurs de 10—14 zile. Cele mai frecvente tulburări sînt: nelinişte, agitaţie psihomotorie, transpiraţii abundente, tahicardie, greţuri, vărsături, rinoree, tulburări gastrointestinale etc. Psihic apar episoade onirice terifiante cu halucinaţii şi idei delirante. Tulburările somatice grave pot pune evident în pericol viaţa bolnavului, fapt care reclamă o terapie intensivă şi de urgenţă. În general diagnosticul O. în perioada de stare este uşor de făcut, mai ales că majoritatea drogaţilor recunosc farmacodependenţa. Din cercetările OMS reiese că opiomanii rămîn fideli consumatori ai preparatelor de opiu la care adaugă rareori, şi numai accidental, alte droguri. *Tratamentul* O., ca dealtfel a oricărei farmacodependenţe (v. FARMACODEPENDENŢA), este îndelungat şi cu rezerve faţă de reuşită, deoarece cooperarea toxicomanului rămîne formală; de cele mai multe ori, el apelează la medic constrîns şi fără nici o dorinţă reală de a renunţa la farmacodependenţă. Perioada primă a tratamentului, în care se practică explorările clinice şi paraclinice şi se schiţează planul general durează 2—3 zile după internarea sa într-un serviciu, unde urmează să fie ţinut sub un control strict, atît pentru a preveni eventuale noi tulburări, care ar putea apare, cît şi pentru a elimina posibilitatea procurării drogului sub o formă sau alta. Urmează o perioadă de 10—14 zile de dezintoxicare lentă, progresivă, cu scăderea dozei cotidiene pînă la eliminarea sa. Odată ieşit de sub influenţa directă a drogului, în scopul consolidării şi reinserţiei sale socio-familiale, se vor folosi toate mijloacele terapeutice cunoscute alcătuind un sistem propriu şi specific fiecărui bolnav. Psihotropele majore, mai ales din grupul fenotiazinelor, ajută în largă măsură la restabilirea unui echilibru nervos, iar timoanalepticele vor fi indicate în cazul apariţiei unor stări depresive. Psihoterapia sub variatele sale metode de aplicare — de la individuală la ergoterapie — rămîne însă adevărata cheie de boltă a întregului tratament aplicat, ştiut fiind că este necesar să se încerce comutarea intereselor şi deziderateloor bolnavului de la drog spre obiective sănătoase, practice şi

Scanned with CamScanner

realizabile. Din acest motiv, perioada de consolidare este apreciată variat de autori între 2—4 ani, știut fiind că toxicomanul rămîne multă vreme un vulnerabil; este suficient un pretext ca să se reîntoarcă la vechea sa practică fără a se gîndi o clipă la consecințele nefaste pe care le are O. asupra organismului său. (7)

OPIPRAMOL (Insidon(R)). Este un derivat de iminostilben, cu acțiune antidepresivă („antidepresiv triciclic"), care în același timp are proprietăți anxiolitice și de reechilibrare a tonusului neuro-vegetativ. Efectul terapeutic se instalează după o perioadă de latență de aproximativ 14 zile. O. este indicat în depresii anxioase, în diverse manifestări neurovegetative (cu elemente cardiovasculare, respiratorii și digestive), în reacțiile psihice din cadrul unor afecțiuni organice, în depresii nevrotice, schizofrenie. O. este un medicament puțin toxic. *Contraindicațiile* sînt comune cu cele ale altor antidepresive triciclice. Nu se asociază cu IMAO. Preparatul Insidon(R) (drajeuri de 50 mg) se administrează, per os, în doze de 100—150 mg pe zi. (5)

OPTICE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE, ILUZIE

OPTIMAX. v. L-TRIPTOFAN

OPIU. Este sucul uscat la aer, obținut din capsulele verzi ale plantei Papaver somniferum L. (macul alb). Se păstrează sub formă uscată (turtă de opiu), care conține alcaloizi. Aceștia chimic se clasifică în: a). derivați fenantrenici (morfina 5—15%, codeina 0,3—0,5% și tebaină 0,2—0,4%), și b). derivați benzilizochinolinici (papaverină 0,5—1%, narcotină sau noscapină 5—6%, narceină 0,3% și laudanosină — cantități foarte reduse). Alcaloidul cel mai important este morfina, după care dealtfel se apreciază și calitatea O. Produsul standardizat conține cel puțin 11% morfină (FR. IX). Acțiunea O. diferă în parte, față de cea a morfinei (v. MORFINA), datorită prezenței celorlalți alcaloizi. Pe lîngă efectul analgezic al morfinei, se mai adaugă cel antispasmodic al papaverinei. Codeina și narcotina (noscapina) au proprietăți antitusive. Ca acțiune finală, puterea analgezică a O. este mai redusă decît a morfinei, de asemenea efectul deprimant asupra respirației. Acțiunea constipantă este însă mai puternică. Preparatele de O. pot fi utilizate per os sau parenteral. *Preparatele care se administrează pe cale bucală* se recomandă în special ca antispastice, antidiareice și expectorante. Ele sînt evaluate după conținutul în morfină. Astfel sînt: 1). Pudra de opiu (10% morfină), care se ad-

Scanned with CamScanner

ministrează 0,010—0,03 g o dată, maximum 0,50 g pe zi; 2). Extractul de opiu (20% morfină), fiind mai concentrat, se utilizează în doze mai reduse, 0,005—0,03 g o dată și maximum 0,20 g pe zi; 3). Tinctura simplă de opiu sau tinctura tebaică (1% morfină), se administrează 0,2—2 g pe zi (1 g = 56 picături), doza maximă pe zi fiind 5 g. Aceste preparate se utilizează în special ca antidiareice și antispasmodice. Extractul de opiu are și acțiune analgezică mai însemnată; 4). Siropul de opiu sau siropul tebaic (0,04 g% morfină anhidră), se prescrie în doză de 5—40 g pe zi (o lingură = 20 g sirop) în bronșite acute, colici intestinale. Acțiunea sa antianxioasă este secundară efectului sedativ al morfinei pe care o conține. 5). Siropul de opiu diluat sau siropul diacod (0,01% morfină anhidră) este puțin utilizat (o lingură = 20 g sirop diluat = 2 mg morfină); 6). Pudra Dover (pulvis opii et ipecacuanhae; conține 1% morfină anhidră), se utilizează per os 0,05—0,1 g o dată, maximum 4 g pe zi, ca antidiareic și expectorant. *Preparatele de opiu care se administrează parenteral* au acțiune analgezică și sedativă, fiind mai apropiate de efectele morfinei, astfel: 1). Hexaponul(+), care conține pe fiolă 10 sau 20 mg alcaloizi totali de opiu, sub formă de săruri solubile (clorhidrați), are toxicitate mai redusă decît morfina. Se administrează s.c., 1—2 fiole pe zi. 2). Papaveretum este opiu concentrat conținînd 50% morfină, care se administrează în doze de 5—20 mg i.m. sau s.c., maximum 120 mg pe zi (fiolele Omnopon(R), Pantopon(R) conțin o soluție 2% = 10 mg morfină). Toate preparatele de O. indiferent de calea de administrare prezintă *efectele secundare* ale morfinei și pericolul instalării toxicomaniei (v. OPIOMANIE). Unii autori (Predescu și colab. 1976) recomandă utilizarea unor preparate injectabile de O. în depresii, pe perioade scurte (de ex. 10 zile). Medicația cu opiacee se administrează dimineața și se consideră că, prin efectul euforizant al O. (datorită morfinei conținute) se poate antagoniza starea depresivă. În acest scop se pot administra doze progresive de Hexapon(+), de la 10 la 40 mg pe zi, urmate de reducerea treptată a dozei. Datorită conținutului variabil de alcaloizi, în practica medicală, în general, se preferă preparatele care conțin principii activi bine dozați (vezi indicațiile acestora). Opiaceele intră în prevederile legislației care reglementează utilizarea stupefiantelor. (5)

OPOZIȚIE. Termenul acoperă sensuri psihiatrice particulare în raport cu substratul psihopatologic determinant. Astfel, există O. în unele psihoze (schizofrenie, melancolie, delire cro-

Scanned with CamScanner

nice etc.) caracterizată prin refuzul bolnavului de a executa unele acțiuni cerute de medic sau anturaj (refuzul de a vorbi, de a merge, de a mînca etc.). Această O. poate fi interpretată ca o formă pasivă de negativism și, de cele mai multe ori, este determinată delirant (delir paranoid, delir micromanic, stări demențiale). O. mai poate apare în neuroze, psihopatii, debilitate mintală. În psihiatria infantilă, sînt cunoscute reacții de opoziție favorizate sau determinate fie de incompleta identificare cu modelul adult, fie de modele educaționale imperfecte, creatoare de situații tensionale afective, aversiuni, antipatii etc. O. transpare în contextul mai grav al conduitelor delictuale. (4)

ORAP. v. PIMOZID

ORGANIC, DELIR. v. DELIR

ORIENTARE PROFESIONALĂ. Reprezintă în esență alegerea profesiunii adaptată la individ, definită în general de ansamblul acțiunilor și măsurilor organizate, aplicate în vederea creării posibilităților de opțiune în concordanță cu caracteristicile și aspirațiile persoanei, astfel încît acestea să corespundă, în același timp, și necesităților sociale. Un aspect particular este reprezentat de orientarea profesională a handicapaților motori, a celor cu deficite senzoriale sau cu deficit psihic. Comparativ, reorientarea profesională vizează acele persoane care, în urma unei maladii, nu mai au potențialul funcțional necesar îndeplinirii profesiunii anterioare, situație întîlnită cu precădere în limitele vîrstei adulte. (6)

ORNITOFOBIE. v. FOBIE

ORTOFRENIE. G. P. Boncour a utilizat termenul de O. pentru a defini metodele necesare educării copiilor cu tulburări de comportament. O. are o circulație limitată mai ales în cadrul psihiatriei infantile. (7)

ORTOPSIHOPEDIE. Termen prin care R. Pichon a definit ansamblul metodelor terapeutice și pedagogice folosite în vederea corectării tulburărilor de comportament la copii. (7)

ORTOTIMIC. v. TRANCHILIZANTE

OSFRESIOFOBIE. v. FOBIE

OTRĂVIRE, DELIR DE. v. DELIR

OXAZEPAM (Adumbran(R), Leuanxene(R), Praxiten(R), Serax(R), Tazepam(R)). Este un derivat benzodiazepinic înrudit, din punct de vedere chimic, cu diazepamul (acesta în organism se transformă în oxazepam care este considerat metabolitul său activ). Proprietatea miorelaxantă a O. este mai redusă decît în cazul diazepamului. Nu este anticonvulsivant. Poate determina

Scanned with CamScanner

inducerea somnului fiziologic. *Acțiunea terapeutică* și *indicațiile* sînt similare cu ale diazepamului (stări de anxietate, agitație și iritabilitate moderate, labilitate emotivă, stări de tensiune psihică, anxietate neurotică, anxietate asociată cu depresie etc). Se poate utiliza ca adjuvant chiar și în psihoze. *Efectele secundare* constau în somnolență, astenie (acestea apar la începutul tratamentului, în caz de persistență se va reduce doza). Uneori pot apărea cefalee, ameteli, tremurături, ataxie, tulburări de vedere, tulburări de vorbire, anxietate, greață, edeme, diminuarea libidoului, tulburări menstruale, tulburări hepatice, icter, leucopenie, agranulocitoză, erupții cutanate, hipotensiune arterială, sincopă. În cursul tratamentelor mai îndelungate se vor controla periodic tabloul sanguin și testele funcționale hepatice. Mai rar apar euforia, hiperactivitate psihomotorie sau stupoare, halucinații, febră. Scade toleranța la etanol. Nu se cunoaște efectul asupra produsului de concepțiune. Determină toleranță, dependență, iar întreruperea bruscă a administrării duce la declanșarea sindromului de abstinență, cu simptome asemănătoare cu cele produse de barbiturice. *Contraindicațiile* sînt comune cu ale altor derivați de benzodiazepină. Nu se administrează în psihoze (ca medicație exclusivă), sub vîrsta de 6 ani, la persoanele sensibile la acest medicament și la gravide, în tratament ambulator la conducători de autovehicule. În timpul tratamentului este interzis consumul alcoolului. Se administrează cu prudență la cardiaci, hipotensivi și la bătrîni. *Preparate. Posologie.* Oxazepamul(+) conține pe comprimat 10 mg substanță activă; Seraxul(R) este livrat sub formă de capsule (10; 15; 25 și 30 mg) și tablete (15 mg); Tazepamul(R), comprimate (10 și 15 mg); se administrează per os, 10—40 mg pe zi. Se poate utiliza și în psihoze, ca adjuvant, 40—90 mg pe zi. (5).

OXIFOBIE. v. FOBIE.

OXIPERTINĂ (Forit(R), Integrin(R), WIN 18501). Este un derivat indolic (indol-fenilpiperazină) care are acțiuni de tipul celor produse de clorpromazină, dar mai intense și cu o instalare mai lentă. Pe lîngă acțiunea antipsihotică O. mai are și proprietăți moderate de stimulare a SNC (combină efectul neuroleptic și timoleptic cu cel antiautistic). O. acționează prin eliberare lentă a CA. Este indicată în schizofrenie acută și cronică, mai ales în forma apato-abulică, precum și în psihoze de involuție sau în neuroze anxioase. *Efectele secundare* sînt mai reduse ca la alte tranchilizante, fenomenele extrapiramidale apărînd destul de rar; uneori produce euforie, hiperactivitate, neliniște, agi-

Scanned with CamScanner

tație, anxietate. Dozele mari deprimă unii centri nervoși vitali (scade tensiunea arterială și amplitudinea respirației). O. este contraindicat la gravide; nu se administrează decît la 2 săptămîni după IMAO. Se utilizează sub formă de comprimate (40 mg) și fiole (20 mg), dozele variind între 60—200 mg pe zi. În cazurile acute de schizofrenie, cu agitație, tratamentul se poate începe prin administrarea sa i.m. (5)

Scanned with CamScanner

PALI. Prefix utilizat în termenii care definesc o repetiție, o reluare. (7)

PALIFEMIE. Tulburare caracteristică logoneurozei și manifestată prin repetarea unui cuvînt sau a unei silabe (Piéron). (7)

PALIGRAFIE. Tulburare de scris caracterizată prin repetarea inutilă a unui cuvînt sau a unei fraze. P. poate apare în schizofrenie, stări oniroide, demențe etc. (7)

PALIKINEZIE. Repetarea gesturilor sau a mișcărilor (balansarea corpului, flexiunea, extensiunea antebrațului etc) (Marchais). P. apare cu precădere la copiii cu forme grave de oligofrenie (7)

PALILALIE. Tulburare de vorbire, ce constă în producții iterative, în special ale ultimului cuvînt din frază. În psihiatrie, P. se manifestă în complexul simptomatologic al bolii lui Pick sau în sindroame postencefalitice. După G. Lévy se pot deosebi două forme mai importante: *P. gravă*, asociată cu tahifrenie și afonie, din sindroamele pseudobulbare sau din boala lui Parkinson, pe de o parte, și *P. simplă*, observată în alte cadre nozografice (encefalite etc.). (6, 7)

PEMA, SINDROM. Descris și prezentat de Guiraud, sindromul PEMA este un complex de tulburări verbale manifestate prin palilalie, ecolalie, mutism și amimie, care apare în cadrul stărilor demențiale; se mai poate întîlni și în boala lui Pick. (7)

PALILOGIE. Tulburare caracteristică prin apariția de cuvinte, propoziții neinteligibile, fără sens — în decursul vorbirii. P. este considerată drept o formă specială de palilalie (v. PALILALIE) și descrisă de Trenel mai ales în epilepsie. (7)

PALINFRAZIE. Repetarea ultimei silabe dintr-un cuvînt

Scanned with CamScanner

sau a cuvîntului în întregime, observată în oligofrenie şi schizofrenie. (P. Marchais). (7)

PALINGNOSTIC, DELIR. v. DELIR.

PALINOPSIE. v. ILUZIE

PALIPRAXIE. Repetarea insistentă, inconştientă şi chiar incoercibilă a unor acţiuni orientate spre un oarecare scop (Marchais). P. se întîlneşte în stări postconfuzionale, în episoade onirice, în sindromul catatonic etc. (7)

PALIPSIHISM. Repetarea spontană, involuntară a ideilor în contrast cu inerţia obişnuită a bolnavului (Marchais). P. apare în automatismul mintal, stări demenţiale etc. (7)

PANOFOBIE. v. FOBIE.

PANORAMICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢIE

PANSEXUALISM. Concepţie teoretică după care la baza vieţii psihice a individului şi a colectivităţii ar sta factorii psihosexuali. Originea P. stă în gîndirea lui S. Freud care, elaborînd psihanaliza, a atribuit sexualităţii un rol determinant în viaţa psihică; de aici ideea că aceştia pot avea un rol însemnat, dacă nu decisiv, în etiologia neurozelor. Cu timpul, Freud a elaborat o adevărată teorie (a libidoului) prin care încearcă — deslusind valoarea şi etapele dezvoltării sexualităţii încă din copilărie, să construiască o imagine mai apropiată de realitatea vieţii psihice. Unii din elevii săi au preluat şi insistat asupra acestui aspect, de unde a derivat concepţia pansexualităţii, deşi, însuşi Freud, în lucrările ulterioare, şi-a revizuit parţial opiniile. (4)

PANTOFOBIE. v. FOBIE, HALUCINAŢIE

PANTOPON. v. OPIU

PAPAVER SOMNIFERUM. v. OPIU

PAPAVERINA, v. OPIU

PARA. Prefix, se întrebuinţează pentru a arăta o deformare a normalului, a sensului obişnuit, o ieşire din direcţia respectivă. (7)

PARABULIE. Tulburare de voinţă caracterizată prin faptul că bolnavul nu termină niciodată o acţiune începută; P. se întîlneşte în psihastenie, stări confuzive, demenţe etc. (7)

PARACUZIE. Tulburare de percepţie auditivă caracterizată prin înţelegerea eronată a sunetelor, a cuvintelor; P. apare în stări confuzive, epilepsie, schizofrenie, delire cronice etc. P. este folosită în O.R.L. pentru a desemna supraauditia paradoxală caracteristică atosclerozei. (7, 4)

PARAFAZIE. Tulburare de limbaj în care vorbirea devine de neînţeles din cauza multelor cuvinte, silabe şi expresii fără

Scanned with CamScanner

sens pronunțate în decursul exprimării. P. apare în schizofrenie, confuzie mintală, ASC, demență senilă, alcoolism cronic. (7)

PARAFONIE. Modificarea timbrului vocii, care devine ușor nazonată. Apare în unele afecțiuni O.R.L. și neurologice, mai puțin în psihiatrie (schizofrenie, puerilism isteric etc. (4)

PARAFRENIE. Revizuind grupul așa-ziselor demențe paranoide, E. Kraepelin (1912) descrie, sub numele de P., o constelație de delire cronice caracterizate prin prezența unui delir cu o slabă sistematizare, însoțit sau nu de halucinații. Debutul tardiv, lipsa tulburărilor de afectivitate și activitate, conservarea intelectului și o adaptare satisfăcătoare socio-familială, sînt elementele cele mai importante. Apariția conceptului lui E. Bleuler despre schizofrenie a creat unele tendințe de dezmembrare a cadrului P. prin includerea formei sistematice și expansive în paranoia, pe de o parte, și a celei confabulatorii și fantastice, în schizofrenie, pe de altă parte, (Krüger, 1913). În Franța, concepția kraepeliniană a P. a pătruns însă cu rezerve și lentoare: în 1923 Frey a încercat să echivaleze. P. sistematică cu delirul cronic cu evoluție sistematică a lui Magnan, P. expansivă cu mania cronică, iar P. confabulatorie, cu delirul de imaginație a lui Dupré. În 1934, H. Ey, împreună cu Ch. Nodet, integrează P. în clasificările psihozelor delirante cronice, dar autorii fac din ea o entitate nouă, destul de deosebită de P. kraepeliniană, considerînd-o drept o consecință evolutivă a unui delir paranoid, fie în cadrul unei schizofrenii, fie în cel al unei psihoze maniaco-depresive. Se descrie astfel *P. postprocesuale, postschizofrenică, postmaniacală* și *postmelancolică*. Ulterior, H. Ey, asimilînd forma sistematică a P. cu psihozele halucinatorii cronice, iar pe cea confabulatorie cu delirele de imaginație, recunoaște numai forma fantastică pe care o așează, în sistematica sa, alături de PHC, în grupul psihozelor delirante cronice fără evoluție deficitară. Cu toate acestea, mulți autori continuă și azi să recunoască individualitatea clinică a P. Boala debutează după vîrsta de 30—35 ani, în mod brusc sau progresiv, cu o preponderență mai mare la femei decît la bărbați; constituția picnică și structura ciclotimă a personalității sînt mai frecvent întîlnite. Debutul este mascat de multe ori de o serie de modificări de comportament, tendințe de izolare, neîncredere, elemente care preced instalarea ideilor delirante. *Tabloul clinic*, în perioada de stare, este destul de caracteristic, ținuta bolnavului poate deseori reflecta tematica delirantă; astfel unii bol-

Scanned with CamScanner

navi poartă barbă, își ornamentează vestimentația cu panglici, decorații, după cum se consideră personalități religioase, militare sau politice. Stabilirea contactului verbal se face de obicei cu ușurință; uneori însă bolnavii sînt mai reticenți, bănuitori, neîncrezători. Atenția, memoria rămîn mult timp nemodificate. În sfera percepțiilor se evidențiază halucinații sau pseudohalucinații auditive, gustative, cenestezice. Halucinațiile vizuale sînt mai rare și apar sub formă de viziuni, revelații, mai cu seamă în delirele mistice; gîndirea formală nu este de obicei alterată. Delirul este amplu și polimorf, dar mai slab sistematizat decît delirele paranoiace și cu o tematică variată, predominînd ideile de persecuție, influență, megalomanie, fantastice. Caracteristic pentru aceste delire este lipsa elementelor logice în structura lor, pe de o parte, și bogăția producțiilor imaginative, pe de altă parte. Delirul este alimentat de tulburările de percepție, existînd, între acestea și delir, o strînsă interdependență. Intelectul, activitatea și voința sînt bine conservate, fapt care explică și relativa adaptare a bolnavilor la viața socio-profesională, în ciuda producțiilor psihopatologice atît de exprimate. De fapt bolnavul duce o dublă existență: pe de o parte se comportă și reacționează adecvat față de realitatea din jur, pe de altă parte trăiește imaginar, conform cu producțiile sale halucinator-delirante. H. Ey o denumește bipolaritatea delirului P. *Forme clinice:* 1). Forma confabulatorie este destul de rară; aici delirul este constituit pe baza falselor amintiri și a elementelor confabulatorii, halucinațiile jucînd un rol secundar comparativ cu celelalte forme. 2). Forma expansivă se caracterizează prin prezența unui delir megaloman, pe teme de filiație, erotism, misticism, susținut de o dispoziție exaltată, asemănătoare excitației maniacale. Această formă apare mai frecvent la femei. 3). Forma fantastică cuprinde delire cu o extraordinară bogăție imaginativă; predomină teme de influență, persecuție, mărire, cosmogonice etc. Halucinațiile sînt multiple și alimentează în permanență delirul. Această formă este mai frecventă la bărbați. 4). Forma sistematică se caracterizează printr-un delir de persecuție sau influență mai bine organizat ca în celelalte forme, în care halucinațiile joacă un rol important. Ea corespunde în largă măsură psihozelor halucinatorii cronice ale autorilor francezi. *Evoluția.* P. are o evoluție cronică (5—15 ani). Odată cu înaintarea în vîrstă, intensitatea delirului scade, iar halucinațiile se estompează; personalitatea rămîne mult timp destul de bine conservată, asigurînd astfel o inserție so-

Scanned with CamScanner

cială adecvată. Se notează uneori o evoluție în pusee, mai ales în formele expansivă și sistematică. *Diagnosticul* pozitiv al P. se face pe baza existenței unui sindrom halucinator paranoid, cu debut tardiv. *Diagnosticul diferențial* se face mai ales cu schizofrenia. Vîrsta debutului, lipsa disociației, relativa conservare a intelectului, lipsa tulburărilor din sfera afectivo-volitivă, atît de caracteristice schizofreniei, precum și evoluția benignă a P. tranșează diagnosticul. În forma expansivă, diagnosticul diferențial trebuie făcut cu mania cronică; în manie delirul expansiv este pasager, inconstant și verosimil. Lipsește sistematizarea și adesea convingerea delirantă, existînd în schimb logoree, fugă de idei etc. Forma confabulatorie se cere diferențiată de psihozele de involuție, mai ales de presbiofrenie, unde însă prezența semnelor de deficit intelectual ușurează diagnosticul. Diagnosticul diferențial cu psihoza halucinator-delirantă cronică nu se face, fiind vorba mai mult de un cadru nozografic cu denumiri diferite decît de două entități clinice distincte. *Tratamentul* actual a modificat în largă măsură evoluția și prognosticul. El este complex și de lungă durată: 1). Chimioterapia neuroleptică reprezintă principala metodă terapeutică. Cu ajutorul ei se obține o sedare a bolnavului, calmarea agitației psihomotorii, diminuarea anxietății. Acțiunea antipsihotică și halucinolitică a psihotropelor majore contribuie la estomparea tabloului clinic, ajungîndu-se la o adevărată detașare a bolnavului de delirul său, care rămîne un delir mai mult verbal, lipsit de coloratură afectivă și de forța de reacție. În această direcție cele mai eficiente psihotrope sînt: fenotiazinele (clorpromazina, levomepromazina, tioridazina) și butirofenonele (haloperidol, triperidol). Tratamentul se începe cu o cură de atac, dozele cresc pînă la obținerea efectului terapeutic scontat, după care se continuă cu o cură de întreținere de lungă durată, sub o atentă supraveghere medicală. 2). Metodele biologice. Electrosocurile se practică curent la bolnavii cu producții halucinator-delirante cu excepția cazurilor unde există contraindicații. Asocierea curei neuroleptice cu EȘ dă rezultate bune în toate formele de P. 3). Psihoterapia se practică îndată ce bolnavul este accesibil unei asemenea forme. Ea vizează remodelarea comportamentului și a personalității bolnavului, precum și o mai bună reinserție socială. Rezultate remarcabile se obțin numai cînd metodele terapeutice amintite sînt îmbinate adecvat, în funcție de particularitățile pe care le ridică fiecare caz clinic în parte. (2)

Scanned with CamScanner

PARAGNOZIE. Tulburare de percepție caracterizată prin dificultatea de a recunoaște un obiect sau o imprecizie în prezentarea sa. (v. AGNOZIE). (7)

PARAGRAMAFISM, sin. PARAGRAFISM. Tulburare de scris complexă, caligrafică și psihografică, în care se produce o modificare profundă a modului de a prezenta cuvintele, frazele, prin introducere sau omisiuni de litere, transpoziții de silabe, substituiri, apariții de semne bizare, punctuație neadecvată, cifre etc. P. apare în schizofrenie, confuzii onirice, stări demențiale. (7)

PARAGRAMATISM. Termen folosit de Bleuler pentru a caracteriza o tulburare particulară de limbaj observată în schizofrenie și manifestată prin crearea unor cuvinte noi, cu o anumită semnificație pentru bolnav (ex. spine — spital de nebuni). (4, 7).

PARAKINEZIE. După Moor, tulburările de activitate din P. sînt caracterizate prin apariția unor mișcări parazite, care modifică suita normală a gesturilor și o complică inutil. Din P. fac parte: paramimia, bizareria, manierismul, stereotipiile de atitudine și de mișcare. P. apare în catatonie, stări de agitație, confuzie mintală. (4, 7)

PARALALIE. Întrebuințarea greșită a cuvintelor sau a fragmentelor de cuvinte. P. apare în boli neurologice, cu localizare cerebrală, precum și în ASC, psihoze senile. (4).

PARALEXIE. Tulburare de citit caracterizată prin ezitări, repetări, inversări de silabe sau deformări ale cuvintelor; P. apare în stări confuzive, ASC, schizofrenie, afazie senzorială. (4, 7)

PARALIPOFOBIE. v. FOBIE

PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ. Manifestare a neuroluesului, apărînd în faza tardivă a infecției sifilitice. Este o meningo-encefalită cronică difuză, a cărei traducere clinică se caracterizează în special printr-o demențiere progresivă. Primul care a descris P.G.P. a fost Bayle (1822) (de unde și denumirea de boala lui Bayle). Etiologia sifilitică a bolii a fost mult timp obiectul unor aprinse controverse. Fournier (1879) a susținut natura sa sifilitică (grupînd-o în cadrul parasifilisului). Evidențierea, în 1913, de către Noguchi a treponemei în creierul bolnavilor cu P.G.P. a tranșat definitiv problema etiologiei sale; Levaditi și Obreja au adus o contribuție importantă la studiul P.G.P. *Etiopatogenie.* Astăzi e stabilit că boala apare la un interval de 7—15 ani de la contractarea infecției luetice. Incidența mică, stabilită statistic la 3—6% din cazurile care fac

Scanned with CamScanner

neurolues, din totalul bolnavilor sifilitici, a ridicat problema cauzelor predispozante, care ar permite traversarea barierei hematoencefalice de către treponemă. Fără a exagera, rolul constituției premorbide, Mayer-Gross subliniază o rezistență scăzută la infecția sifilitică a descendenților din părinți alcoolici și luetici. Totodată consumul îndelungat și chiar abuziv de băuturi alcoolice se înscrie printre cauzele predispozante ale bolii, contribuind, ca și surmenajul, insomniile, diverse „stress"-uri psihice sau afecțiuni organice, la diminuarea pronunțată a rezistenței organismului (la fel infecții intercurente, tr.cr.cr). Cu toate că etatea de 30—35 ani este considerată perioada de elecție a apariției tabloului clinic al bolii, la adulți, vîrsta nu pare să joace un rol deosebit, decît sub raportul duratei incubației (care se scurtează paralel cu contractarea infecției luetice la o vîrstă mai înaintată). În legătură cu patogenia P.G.P., teoria dualistă a lui Levaditi și Marie susține existența a două feluri de treponeme („dermotrope", „neurotrope"), teorie astăzi părăsită. Teoria unicistă susține existența unui singur agent etiologic, atît în leziunile cutaneo-mucoase, cît și în P.G.P. și tabes. Încercînd să explice evoluția diferită a infecției sifilitice în funcție de natura terenului, Dujardin emite ipoteza conform căreia tabesul și P.G.P. ar surveni pe un teren „analergic" (care nu poate localiza și fixa leziunile). Astăzi majoritatea cercetătorilor incriminează ca factori favorizanți în apariția neuroluesului în primul rînd terapiile greșite sau insuficiente (Siccard). *Anatomie patologică.* În P.G.P. se constată leziuni difuze de tip inflamator și degenerativ, cuprinzînd deopotrivă meningele, țesuturile conjuctivo-vasculare, nevroglia și celulele nervoase. Creierul se micșorează de volum, meningele, îngroșat și aderent, capătă un aspect lăptos (leptomeningită). Circumvoluțiunile se reduc ca mărime, șanțurile apar lărgite. Datorită atrofiei corticale, ventriculii laterali apar dilatați. Microscopic, se constată că celulele piramidale sînt cele mai afectate. Leucocite și celule plasmatice infiltrează pia mater și arahnoida, straturile corticale se dezorganizează, în unele zone degenerarea celulară merge pînă la dispariția acestora, în locul lor proliferînd nevroglia. De timpuriu sînt lezate și vasele (în special cele mici). H. Ey consideră drept caracteristici histopatologice ale P.G.P. difuziunea leziunilor, alături de prezența treponemei pallida și a pigmenților ferici, în scoarța și în substanța albă. *Simptomatologie.* P.G.P. a devenit astăzi foarte rară; paralel cu importanta scădere a procentajului bolnavilor sifilitici înregistrați în ultimele 4 decenii, se constată o frecvență relativ scă-

Scanned with CamScanner

zută a manifestărilor neurosifilisului. Factorii mai importanți de care depinde acest fapt ar fi: depistarea sifilisului în stadiile sale precoce, eficacitatea tratamentelor aplicate și diagnosticarea timpurie a oricărei forme de lues nervos, precum și rezultatele bune obținute prin terapiile actuale aplicate. Debutul este polimorf și cu instalare cel mai adesea lent, insidios. În afară de un stadiu preclinic (serologic), descris de Ravaut, se citează forme scurte de debut de tip maniacal (de la o simplă excitație intelectuală pînă la un veritabil acces maniacal), de tip depresiv, confuzional (mai ales în cazul asocierii unui alcoolism cronic), ictusuri congestive sau bufee delirante. Mai frecvent, boala se instalează progresiv pe model neurastenic (G. Ballet), în care domină tulburările de comportament și iritabilitatea, alături de abuz de alcool, excese erotice. O altă modalitate este forma delirantă (cu delir de gelozie, negație, hipocondriac, invenție etc.) sau debutul cu tulburări neurologice; e cunoscut și debutul medico-legal al P.G.P., manifestat prin acte antisociale (furt, exhibiționism, scandaluri, atentate la pudoare etc.), care poartă pecetea bolii (acte absurde). În perioada de stare a bolii, caracterizată (după Ramée) prin trepiedul simptomatic care apare constant (sindrom psihic, neurologic și umoral), tabloul clinic este dominat de un deficit psihic de tip demențial, global și progresiv. Gurevici notează, în cadrul afectării globale a funcțiilor intelectuale, alterarea, paralel cu scăderea inteligenței, a atenției, memoriei, percepției și afectivității. Dintre funcțiile elementare, atenția este cel mai de timpuriu alterată (hipoprosexie, care poate ajunge pînă la aprosexie). Memoria e tulburată în sensul unor dismnezii la început, apoi al unor amnezii de fixare, care în progresie cu boala ajung la amnezii globale de fixare și evocare (însoțite, uneori, de dezorientare temporo-spațială). Se notează alterări ale limbajului (forma orală, grafică), imprecizie în exprimări, repetiții etc. Alterarea funcțiilor superioare cognitive se traduce prin tulburări de judecată, raționament, contradicții, flux ideativ încetinit, afirmații neverosimile, scăderea capacității de prospecțiune și previziune a consecințelor actelor bolnavului și mai ales pierderea independenței. Bolnavul devine deosebit de sugestibil, are inițiative nemotivate (de ex. dă foc casei, își împarte banii unor necunoscuți etc). Tulburările de fond ale gîndirii se traduc adesea prin idei delirante polimorfe, multiple, mobile, cu caracter contradictoriu și absurd. Delirul se înscrie în seria expansivă megalomanică (idei de bogăție nemăsurată, de filiație, de putere sexuală etc). În alte forme clinice,

Scanned with CamScanner

teme delirante mai rar întîlnite sînt cele de tip depresiv-hipocondriac sau delir paranoid de persecuție, cu caracter absurd, însoțit de halucinații. Alterarea echilibrului instinctivo-afectiv este caracteristică în P.G.P.; este tipică mai ales expansivitatea, euforia de tip maniacal, labilitatea dispoziției. Paralel se observă hipersexualitate, polifagie. Randamentul în activitate scade, odată cu dezorganizarea acesteia. Sindromul neurologic este un sindrom paretic caracteristic (de unde și denumirea bolii). Tulburările motorii se manifestă în special prin alterarea coordonării, care duce la neîndemînare în mișcări, mers greoi, nesigur, ezitant. Un semn caracteristic este dizartria, care survine timpuriu și este destul de constantă; ea se observă spontan sau prin provocare (cu ajutorul unor cuvinte sau expresii mai greu de pronunțat). Tot precoce apar și tremurăturile, manifeste în special la nivelul limbii, feței și a buzelor. Ele se repercută și asupra scrisului, care devine tremurat, nesigur, cu inegalități. Datorită încordării mișcărilor și tulburărilor de motilitate se modifică și mimica bolnavului; faciesul cu trăsături flaște și fibrilații peribucale devine aton ca o „mască", cu o expresie „fixă", monotonă. Celelalte tulburări neurologice sînt comune cu ale altor forme de lues nervos și anume: modificarea ROT, în special în sensul exagerării lor, precocitatea tulburărilor pupilare (cel mai caracteristic semn fiind cel al lui Argyll-Robertson, care nu este însă totdeauna prezent), tulburări subiective și obiective de sensibilitate (în special diminuarea sensibilității dureroase, nevralgii, parestezii). Pot apare accese paralitice de tip apoplectiform (cu fenomene de focar) sau epileptiforme. Frecvent se constată tulburări vasomotorii și trofice (cianoză și edeme la nivelul extremităților, echimoze, atrofii musculare, escare). Examenul somatic evidențiază afectarea diferitelor viscere (tulburări respiratorii, digestive, cardiovasculare, genitourinare). Spre sfîrșitul evoluției bolii se constată o scădere ponderală, care poate merge pînă la marasm. Sindromul umoral. Evidențierea sa este de o deosebită importanță pentru urmărirea evoluției bolii sub influența tratamentului și formularea unui prognostic. În sînge se urmăresc reacțiile de hemoliză (Bordet-Wassermann) și floculare (Kahn, Meinicke), pozitivitatea acesteia din urmă în P.G.P. este posibilă, dar nu obligatorie. În schimb, testul Nelson (TIT) e întotdeauna pozitiv. Examenul LCR relevă valori crescute ale albuminorahiei (0,50—1,5 g), limfocitoza moderat crescută (în jur de 50—60 elemente). RBW e întotdeauna pozitivă la fel și testul Nelson. Reacția de floculare cu benzoe-coloidal este pozitivă,

Scanned with CamScanner

cu o curbă de tip paretic (precipitare în primele tuburi). Examinările complimentare — cum ar fi PEG — pot evidenția atrofiile cerebrale și dilatările ventriculare (cu localizare mai ales frontală). Netratată, boala are o evoluție progresivă, lentă, cu o demențiere tot mai accentuată; în final caşexie și exitus în stare de marasm sau prin infecții intercurente. În forma galopantă, sfîrșitul se produce în cîteva luni. Mai rar, mai ales la bolnavii tratați, pot surveni remisiuni, de o durată variabilă. *Forme clinice.* În perioada de stare a bolii, în afară de *forme confuzionale, forme korsakovoide* (mai ales în asocierea cu alcoolismul), forme în care apar accidente de tipul hemiplegiilor sau al afaziilor tranzitorii și stări confuzive, se cunosc și *forme delirante* și *halucinatorii,* dintre care cele mai cunoscute sînt formele paranoide (descrise de Serin), care trebuie deosebite de psihozele halucinator-onirice și de schizofrenie, *forma demențială simplă,* în care predomină deficitul psihic, fără producții delirante, *forma depresivă, forma expansivă,* cu o stare de excitație de tip maniacal și idei delirante din seria expansivă de grandoare, dar a căror absurditate este frapantă. Se mai cunosc și forme în care se asociază P.G.P. cu tabesul *(tabo-paralizia), sindromul Guillain-Thaon* (în care se intrică simptome de tabes, P.G.P. și mielită luetică). În *forma Lissauer,* este caracteristică predominanța simptomelor de focar (afazie, hemipareză, apraxie etc.). În funcție de vîrstă, în afară de P.G.P. tipică a adultului, este posibilă apariția bolii sub 15 ani (P.G.P. infantilă) sau între 15—20 ani (P.G.P. juvenilă) precum și P.G.P. senilă (peste 60 de ani). *Diagnosticul pozitiv* trebuie făcut cît mai precoce; el se bazează, în afară de evidențierea celor 3 sindroame (psihic, neurologic, umoral), pe datele anamnestice (contaminarea luetică) și pe examinările complementare (EEG și PEG). *Diagnosticul diferențial* trebuie făcut mai ales cu așa-zisele „pseudoparalizii generale" de etiologie alcoolică, tumorală, arteriopatică, traumatică etc., în care hotărîtoare este mai ales analiza LCR. *Profilaxie și tratament.* Atît Mayer-Gross cît și H. Ey, V. Predescu etc. consideră că un tratament precoce și energic al sifilisului primar poate preveni apariția manifestărilor neuroluesului. În acest scop sînt necesare examene periodice și repetate ale LCR (mai ales în primii 5 ani). Tratamentul curativ include, în afară de măsurile igieno-dietetice, tratamentul etiologic cu penicilină și bismut. Cura cu penicilină este o adevărată etapă istorică în tratamentul P.G.P. întrucît a transformat boala din incurabilă într-o boală curabilă (dacă nu pînă la vindecare, cel puțin pînă la stabilizarea

Scanned with CamScanner

procesului). Mahoney (1943) a introdus penicilina în tratamentul acestei afecțiuni. Sînt utilizate penicilina sodică, penicilina potasică și Efitard-ul. Dozele totale sînt de 20—30 milioane de U pe serie, timp de 20—30 zile (doza pe zi fiind de 1 milion U., la care se ajunge prin creștere progresivă). Seriile de tratament se repetă de două ori pe an. Unii autori consideră utilă asocierea corticoterapiei la cura cu penicilină (pentru acțiunea sa antiinflamatorie și antialergică). Dintre preparatele de bismut se utilizează Bismosal-ul fiole, în injecții i.m., două fiole/săptămînă, în serie de 12—15 injecții. El este indicat în special în cazul asocierii unor leziuni grave cardio-aortice și în serii scurte înainte de penicilinoterapie, pentru a preveni reacția Herxheimer. Controlul eficienței terapiei se face prin examenul serologic repetat al LCR. Dintre reacțiile biologice, testul Nelson rămîne întotdeauna pozitiv, în schimb reacția Wassermann trebuie să se negativeze, în LCR și în sînge. Suspendarea tratamentului este posibilă numai în cazul obținerii a trei examinări negative la interval de 2 ani. Cu valoare de tratament patogenetic, în afară de corticoterapie, se înscrie malarioterapia, introdusă de Wagner von Jauregg (1917). Mecanismul său de acțiune se referă la permeabilitatea barierei hemato-encefalice ușurînd pătrunderea medicației antisifilitice și stimularea nespecifică a capacității de reactivitate a bolnavului. Ea se practică în servicii specializate (Spitalul Socola—Iași, prof. Baliff). Penicilinoterapia prin simplitatea, inocuitatea și eficacitatea sa a dus practic la abandonarea malarioterapiei în majoritatea cazurilor (H. Ey). Tratamentul simptomatic urmărește redresarea și tonificarea organismului. În episoadele de agitație se apelează la neuroleptice sedative, de tipul clorpromazinei sau Nozinanului (50—100 mg). Ergoterapia este deosebit de utilă după stabilizarea procesului. Capacitatea de muncă poate fi recuperată (total sau parțial), în cazul stabilizării bolii și este pierdută în cazul unui proces demențial avansat. *Psihiatrie legală.* Paraliticii generali progresivi pot comite acte infracționale atît la debutul bolii, cît și în perioada de stare. Debutul poate fi marcat prin acte antisociale, care se datoresc irascibilității crescute și scăderii atenției acestor bolnavi (certuri, insulte, greșeli în calcule, în acte etc). În perioada de stare, actele antisociale (furturi, delicte sexuale, exhibiționism, tentativă de viol, incendii etc) sînt marcate de procesul demențial, ele fiind absurde, nemotivate și făcute fără premeditare. În aceste cazuri (dacă există semne evidente psihice și somatice ale bolii), bolnavii sînt considerați neresponsabili. (3)

Scanned with CamScanner

PARALOGIC. Gîndire eronată, ruptă de realitate, impermeabilă criticii sau corectării prin argumente adecvate. Gîndirea P. este şi incoerentă şi nu ţine seama de o ierarhizare raţională, cu semnificaţie sau cu mesaj, ea apare în confuzie, schizofrenie, paranoia, parafrenie, demenţe etc. (4, 7).

PARAMANIE. Semnifică inversarea conţinutului trăirilor afective. Se întîlneşte în schizofrenie, confuzie mintală. (4)

PARAMIMIE. Tulburare psihomotorie caracterizată prin modificarea expresiei mimice, care nu mai oglindeşte adecvat trăirile afective. P. apare ca un rezultat al lipsei de concordanţă între exteriorizările afective (prin mimică şi mişcările feţei) şi trăirile bolnavului. În schizofrenie este manifestă discordanţa între afectivitate şi expresia ei şi între afectivitate şi ideaţie (fapt care explică diferenţierea, uneori dificilă, între paramimie şi paratimie). (v. PARATIMIE). P. mai apare în intoxicaţii acute grave, în confuzie mintală. (3, 7)

PARAMNEZIE. Tulburare psihică caracterizată prin tulburări mnestice particulare; în P. sînt amestecate şi prezentate haotic amintiri, evenimente şi produse imaginare, ceea ce îi face pe unii autori să creadă că, la apariţia P., contribuie percepţia, imaginaţia, afectivitatea şi conştiinţa (Marchais). Ca forme speciale de P. se menţionează: criptomnezia (v. DÉJÀ VU), ecmnezia (v. JAMAIS VU) şi P. asociativă (impresia că aude ceva, V. Ghiran, 1972). (7)

PARAMORFISM. Tulburare predominant perceptivă caracterizată prin capacitatea bolnavului de a reprezenta (imaginar) obiecte şi de a atribui acestora sau celor existente semnificaţii mai mult sau mai puţin importante, de obicei incluse într-un sistem delirant. P. apare în schizofrenie, parafrenie, psihoze confuzionale, demenţe. (7)

PARAMUZIE. Tulburare perceptivo-mnestică manifestată prin lipsa posibilităţii de a recunoaşte melodii cunoscute şi de a le reproduce. P. se întîlneşte în epilepsie psihosenzorială, ASC, schizofrenie etc. (7)

PARANOIA. Considerată la început drept termen general pentru a defini orice boală psihică, ulterior îşi restrînge semnificaţia la o formă particulară de suferinţă caracterizată prin prezenţa unui nucleu delirant, dezvoltat insidios şi centrat pe tema disconfortului, disconfort cauzat, sub o formă sau alta, de persoanele din jurul său, care îl împiedică să-şi desfăşoare plenar potenţialul său creator, îl stînjenesc, îi pun în faţă fel de fel de obstacole cu care el urmează să lupte la nesfîrşit, să se revolte, să protesteze. În contrast cu toate celelalte psihoze în

Scanned with CamScanner

care apar teme paranoide, în P. sistemul delirant este lipsit de orice context halucinator, element patognomonic pentru cei care-i recunosc autonomia nozografică. Astăzi, opinia autorilor înclină să înglobeze P. în cadrul psihopatiilor unde, după Bardenat şi Genil-Perrin, există o formă clinică bine distinctă de psihopatie paranoiacă; avînd 4 simptome principale: a). supraaprecierea persoanei proprii (orgoliul, narcisismul); b). disprețul, minimalizarea importanței şi valorii celorlalți (susceptibilitate, invidie etc); c). apariția unor erori de logică în gîndire, ca o consecință evidentă a lipsei capacității de comparare a propriilor capacități cu a celor din jur (tendință la absolutizare, exagerare, goana după argumente, detalii, încăpățînare) şi d). lipsa unei supleţe adaptative socio-profesională. Clasificarea P. a fost extrem de variată: unii împart P. în forme acute, abortive, periodice, secundare şi cronice, pe cînd alții preferă subdiviziunea, în funcție de tematica delirantă, în P. interpretativă, de revendicare, pasională, ipocondriacă, mistică etc. Psihotropele majore au reuşit în mare măsură să reducă intensitatea episoadelor paroxistice din cadrul unei P. (clorpromazina, haloperidol, triperidol), permițînd de obicei menținerea bolnavului în cadrul unei inserții modeste socio-profesionale şi familiale. (7)

PARANOIC, DELIR. v. DELIR

PARANOID, DELIR. v. DELIR

PARAPATIE. După Stekel, P. ar reprezenta complexul trăirilor afectivo-emoționale pe care le are un homosexual. Termenul nu a intrat în circulație. (7)

PARAPRAXIE. Tulburare de activitate descrisă de Buck şi caracterizată prin executarea unor acțiuni care nu sînt în concordanță cu afirmațiile, intențiile sau scopul anunțat. P. se întîlneşte în schizofrenie, stări confuzive etc. (7)

PARAPROSEXIE. Tulburări de atenție caracterizate prin faptul că persoana fiind prea concentrată asupra unui eveniment pe care-l aşteaptă cu emoție puternică nu mai este în stare să perceapă normal fenomenele imediate, prezente în jurul său (V. Ghiran, 1972). (7)

PARASIMPATICOLITICE (COLINOLITICE). Reprezintă un grup de medicamente a căror principală acțiune o constituie blocarea receptorilor colinergici, adică a receptorilor sensibili la acetilcolină şi la colinomimetice. Blocajul este de tip competitiv. După natura receptorilor, colinoliticele se clasifică în: a). M-colinolitice (antimuscarinice) — blochează receptorii muscarinici. Din această clasă se menționează: atropina, scopola-

Scanned with CamScanner

mina, metantelina, propantelina, hexocyclium etc. b). N-colinoliticele (antinicotinice) acționează asupra receptorilor nicotinici. Această clasă se subdivide în 1). Nicotinice — stimulează într-o primă fază receptorii, iar la repetarea dozelor (sau în urma administrării unei doze unice mari), se produce un efect blocant (nicotina, lobelina, citizina, spiractinul). 2). Ganglioplegice — acționează deprimant asupra conducerii nervoase ganglionare, fără ca inițial aceasta să fie stimulată, (tetraetilamoniul, hexametoniul, pentametoniul, azametoniul, mecamilamina, pempidina, trimetafan d-camfor-sulfonat). c). Curarizante — împiedică transmiterea influxului nervos la nivelul sinapselor neuro-musculare. Din această clasă fac parte *curarizantele de tip competitiv,* care acționează prin blocarea receptorilor N-colinergici postsinaptici (d-tubocurarina, galamina, pancuroniul); *curarizante prin depolarizarea prelungită a receptorilor postsinaptici,* ceea ce împiedică efectul acetilcolinei, care nu poate să acționeze pe o formație depolarizată (decametoniul, succinilcolina); *curarizante mixte,* care acționează, într-o primă etapă, ca depolarizante, iar la o creștere relativ mică a dozelor, drept curarizante de tip competitiv (mitolonul). (1)

PARASIMPATICOMIMETICE (M-colinomimetice, muscarinice). În această clasă sînt cuprinse medicamente cu efecte preponderent muscarinice care, datorită similitudinii acțiunilor lor cu efectul stimulării parasimpaticului, se mai numesc P. De fapt parasimpaticul eliberează acetilcolina în calitate de mediator chimic. Acetilcolina este principalul reprezentant al acestor compuși. Efectele principale constau în: bradicardie (care poate merge pînă la stop cardiac reversibil), efect inotrop negativ, efect dromotrop negativ, acțiune tonotrop negativă, efect batmotrop pozitiv pe atrii (pe ventriculi acțiunea este mai conplexă), hipotensiune arterială datorită acțiunilor cardiace și vasodilatației, stimularea peristaltismului organelor cu musculatură netedă și relaxarea sfincterelor, exagerarea secrețiilor exocrine, scăderea tensiunii intraoculare; asupra sistemului nervos, determină o reacție de trezire pe EEG, fără să se observe cu regularitate și o trezire comportamentală. P. pot provoca convulsii clonice. Principalele medicamente sînt: a). Acetilcolina (nu se întrebuințează în practica medicală, datorită acțiunii sale de scurtă durată); b). Acetil-beta-metilcolina (Mecolil$^{(R)}$), se folosește în calitate de mijloc de testare a capacității secretorii exocrine a pancreasului; c). Carbaminoilcolina (Vasoperif$^{(+)}$), se utilizează ca vasodilatator și în tratamentul glaucomului; d). Pilocarpina, antiglaucomatos, întrebuințat uneori și în cali-

Scanned with CamScanner

tate de sudorific (augmentează mult secreţiile salivare şi sudoripare). O substanţă toxică cu proprietăţi parasimpaticomimetice tipice este muscarina, conţinută în ciuperca Ammanita muscaria. Arecolina (extrasă din Areca Catechu) este utilizată în medicina veterinară ca vermifug şi în medicina experimentală pentru declanşarea convulsiilor clonice, de origine corticală. (1)

PARATIMIE. Fenomen considerat de E. Bleuler de mare importanţă în diagnosticul schizofreniei; el desemnează prin acest termen orice reacţie afectivă paradoxală şi discordantă. O formă frecventă de P. este criza de rîs nemotivat. P. mai apare în parafrenie, confuzie mintală, demenţă. (3, 7)

PARATONIE. Tulburare de tonus muscular, datorită căreia bolnavul nu poate realiza la comandă o relaxare adecvată; P. survine în sindromul catatonic, în confuzie mintală etc. (7)

PARAZITOFOBIE. v. FOBIE

PAREIDOLIE. Formă particulară şi complexă de iluzie specifică stărilor infecţioase, toxice sau posttraumatice. Plecînd de la pretexte banale cum ar fi zugrăveala, tapiţeria, jocul umbrelor etc., bolnavul brodează cu ajutorul imaginaţiei o întreagă poveste cu eroi fantaştici legendari. P. poate apare şi în schizofrenie sau epilepsie. (7)

PARGILINA. v. IMAO

PARICID. În psihiatrie prin P. se înţelege homicidul săvîrşit de un membru al familiei asupra unuia dintre părinţi. De cele mai multe ori P. reprezintă actul criminal al unui psihopat, marcat de conduite aberante, inafectivitate, amoralitate şi impulsivitate. Autori clasici ca Régis, Arnaud, Gevassort etc. consideră că P. apare frecvent la „degeneraţii" mijlocii şi inferiori, adică la psihopaţi. Dealtfel categoria aceasta de bolnavi a fost cunoscută şi sub alte denumiri, care încearcă să sublinieze esenţa structurii psihopate, ca de ex. daltonişti morali (Maudsley); orbi morali (Schule), idioţi morali (Arnaud) etc. Alteori P. este actul iresponsabil comis de un bolnav psihotic (schizofren, delirant sau dement). Menţionăm că în concepţia psihiatrică clasică (Régis), P. este inclus în aşa-numitul „homicid familial", el reprezentînd o formă a acestuia. Cazurile de P. necesită expertiză medico-legală psihiatrică. (4)

PARIETAL, SINDROM. Întîlnit în leziunile de natură traumatică, tumorală, vasculară etc. a lobului P. avînd clinic o simptomatologie caracterizată prin tulburările somatognozice (schemă corporală), în general cu caracter paroxistic, manifestate prin senzaţia de absenţă a unui segment corporal, depla-

Scanned with CamScanner

sare involuntară a acestuia sau de transformare corporală. Simptomatologia mai poate fi reprezentată de halucinaţii elementare, tulburări de tip apraxo-agnozic (ex. sindrom Gertsman, în leziunile emisferului dominant) sau de tip afazic. Tulburările psihice cu caracter permanent sînt reprezentate de o simptomatologie de model demenţial, tulburări afective etc. Simptomatologia neurologică este reprezentată în principal prin tulburări motorii de tip hemiplegic, crize epileptice parţiale, cu simptomatologie elementară senzitivă (crize jacksoniene), hemianestezii globale sau parţiale. (6)

PARKANE. v. TRIHEXIFENIDIL

PARKINSONISM. Termenul defineşte un sindrom motor, de tip hiperton-hipokinetic, apărut ca urmare a leziunilor în paleostriat (locus niger, globulus palidus), ca o sechelă postencefalitică sau în cadrul ASC, lues, a intoxicaţiei (oxid şi sulfură de carbon), tr.cr.cr., tumori cerebrale, cu localizare în special frontală. Clinic, simptomele cardinale sînt reprezentate de rigiditate musculară generalizată şi mişcările involuntare de tipul tremorului postural (static) manifestat preponderent ectromielic, la nivelul extremităţilor. (6)

PARKOPAN(R) v. TRIHEXIFENIDIL

PARNATE. v. IMAO

PAROXISM — EEG. Grup de unde, net distincte de activitatea de fond prin amplitudine, frecvenţă, morfologie, cu debut şi sfîrşit brusc şi durată scurtă. Paroxismul în EEG nu are obligatoriu o semnificaţie patologică (v. şi ACTIVITATE EEG). (6)

PARTENOFILIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

PASIOFILIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

PASIONAL, DELIR. v. DELIR

PASIVITATE. Tulburare de activitate caracterizată prin lipsa interesului, a curiozităţii şi a iniţiativei pentru a întreprinde ceva. P. apare în sindromul neuroleptic, apatico-abulic, în schizofrenie, stări postconfuzive, depresie, hospitalism, farmacodependenţă. (7)

PATICUS. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

PATOMIMIE. Termen creat de Dieulafoy pentru a cuprinde fenomenele care imită o boală; falşi bolnavi sau falşi infirmi complăcîndu-se în această situaţie (în scop utilitar sau din vanitate) şi ajungînd uneori chiar la automutilare sau la suportarea mai multor operaţii chirurgicale. (3)

PAVOR NOCTURN. Neuroză particulară perioadei copilăriei şi avînd drept manifestare principală tulburarea de somn;

Scanned with CamScanner

după unii este considerată drept un episod oniric, după alții un paroxism de hipermobilitate și de anxietate nocturnă. La majoritatea copiilor, P.N. este precedat de o fază pregătitoare în care tensiunea, conflictele, amenințările, lecturile de groază, filmele de violență etc. joacă un rol important. Instalarea P.N. este de obicei însoțită de neliniște, indispoziție, în timpul zilei, labilitate afectivă, plîns, tresăriri frecvente. Somnul devine neliniștit, copilul trezindu-se brusc în plină noapte plîngînd, țipînd și agitîndu-se. Considerate ca adevărate episoade crepusculare se constată că, în plin P.N., copilul nu reacționează la vorbele celor din jur și de obicei recade într-un somn profund rămînînd cu amnezia celor întîmplate. Cauzele cele mai frecvent decelabile în apariția P.N. sînt determinate de climatul nesănătos din familie (certuri, amenințări, alarma părinților, bătăi etc.). Tratamentul va începe după o precizare cît mai autentică a factorilor care au produs P.N. și după examinarea obiectivă și EEG a copilului, spre a înlătura o eroare de diagnostic, știut fiind că în epilepsie tulburările de somn sînt destul de frecvente. În terapia P.N. se va combina, de la caz la caz, administrarea de tranchilizante minore cu sedative și cu procedeele psihoterapeutice adecvate (mai ales psihoterapie familială etc). (7)

PAXIL(R). Este un preparat care, pe drajeu, conține o asociere de 75 mg glutetimidă și 0,05 mg rezerpină, fiind indicat în stări de hiperexcitabilitate nervoasă, neuroze, insomnie, precum și în HTA, hipertiroidism, tulburări de climacteriu. Prezintă *efectele secundare* și *contraindicațiile* componentelor. Se administrează, după caz, 1—3 drajeuri pe zi. (5)

PECATIFOBIE. v. FOBIE

PEDANTISM. Prin P. se înțelege tendința — tradusă în fapte — a unor bolnavi psihici de a insista asupra aspectelor neesențiale, mărunte a unor acțiuni, în dauna celor fundamentale. P. are origini diferite, în funcție de boala psihică și de contextul în care apare, el poate exprima anxietatea și nesiguranța — în psihastenie și neuroza obsesivo-fobică, introversiune, suspiciune, negativism, — în schizofrenie sau tendința spre „amănunt", caracteristică epilepsiei și psihopatiilor epileptice. (4)

PEDERASTIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

PEDIOFOBIE. v. FOBIE

PEDOFILIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

PEIOT (PEYOTL, PEYOTE, PELLOTE) este un cactus (Lophophora Williamsi și/sau Anhalonium Lewinii) care crește în

Scanned with CamScanner

sudul Statelor Unite şi în Mexic. Planta este utilizată în scopuri rituale de către populaţiile primitive, iar butonii plantei („Mescal buttons") sînt căutaţi în special de toxicomani. În plantă se găsesc alcaloizi ca mescalina (v. MESCALINA), harmina, bufotenina, lofoforina etc. După consumarea drogului, datorită acţiunii substanţelor menţionate, şi în special mescalinei, apare o stare psihodisleptică. Pe lîngă aceasta se instalează o depresie a SNC similară cu aceea cauzată de morfină. Efectul acesta se datoreşte pelotinei. Deosebirile dintre acţiunea mescalinei şi a P. sînt date tocmai de eterogenitatea de principii activi pe care îi conţine planta. (5)

PELLIZZI, SINDROM. Precocitatea sexuală, asociată cu tulburări psihice mai ales de tip comportamental. După Lhermitte, acest sindrom se datoreşte tulburărilor care apar cu precădere în regiunea diencefalică. (7)

PELOPSIE. v. ILUZIE

PEMPIDINA. v. GANGLIOPLEGICE

PENIAFOBIE. v. FOBIE

PENFLURIDOL. Este un neuroleptic înrudit chimic şi farmacodinamic cu pimozidul. Efectele sale antipsihotice, similare cu ale haloperidolului, sînt intense, în timp ce acţiunea sa sedativă este mai redusă. P. are eficacitate de lungă durată (5—7 zile) după administrarea per orală a unei singure doze. Este indicat în psihozele acute şi cronice, în care fenomenele de agitaţie psihomotorie nu sînt importante. Se utilizează mai ales pentru tratamentul de întreţinere în curele ambulatorii ale psihozelor cronice. *Efecte secundare.* Sînt reduse în cazul dozelor terapeutice; după doze mari însă pot apărea frecvent tulburări extrapiramidale, akatizie, insomnie şi chiar agravarea stării delirante. *Contraindicaţiile* sînt comune cu ale derivaţilor de butirofenone (v. BUTIROFENONE). P. se administrează per os la început în doze de 30—40 mg, la 5—7 zile interval. După reducerea episodului psihotic acut, doza de întreţinere este de 5 mg pe săptămînă. Poate fi asociată cu antiparkinsoniene. Eficacitatea sa terapeutică este comparată cu a enantatului de flufenazină. (5)

PERFENAZINA (Clorperfenazina, Decentan(R), Etaperazina(R), Trilafon(R)), Este un derivat piperazinic de fenotiazină fiind un neuroleptic incisiv. Are o acţiune antivomitivă puternică. *Indicaţiile terapeutice* sînt similare cu ale clorpromazinei (v. CLORPROMAZINA), mai ales schizofrenia (paranoid-halucinatorie), stări maniacale, tulburări psihice la epileptici, psihoze toxice, neuroze, tulburări neurovegetative etc. *Efectele secun-*

Scanned with CamScanner

dare și *contraindicațiile* sînt similare cu ale clorpromazinei. Tulburările extrapiramidale pot fi foarte exprimate. Poate determina perioade de agitație urmate apoi de sedare, uneori depresie. Nu se asociază cu medicamente care deprimă activitatea SNC. Poate inhiba metabolizarea antidepresivelor triciclice. Preparatul Trilafon(R) este condiționat sub formă de comprimate de 4; 8 sau 16 mg și fiole care conțin 5 mg/ml substanță activă. În psihoze, se administrează 6—12—30 mg pe zi. Pentru a evita sindromul parkinsoniform se recomandă asocierea cu antiparkinsoniene. La epileptici se va administra împreună cu medicamentele anticonvulsivante. În tratamentul de întreținere în schizofrenie se poate utiliza P. sub formă de enantat, care se injectează i.m., la 14 zile, în doză de 25 mg (preparat retard). În acest caz, efectul terapeutic apare gradat în primele 2—3 săptămîni (Bakke, 1973). (5)

PERIMETAZINĂ (Leptryl(R), 9159 RP, 1317 AN). Este un derivat piperidinic de fenotiazină, cu acțiune sedativă și anxiolitică, favorizînd instalarea somnului fiziologic. P. posedă și efecte analgezice, antiemetizante, alfa-adrenolitice, antispasmodice și anestezice locale. Potențează acțiunea unor medicamente deprimante ale SNC (narcotice, hipnotice și analgezice). Nu are însușiri stimulante asupra SNC. P. este indicată în stări de tensiune psihică, hiperemotivitate, agresivitate, impulsivitate, tulburări de comportament, neuroze anxioase, tulburări neurovegetative; nevralgii, dureri radiculare, algiile din cadrul unor afecțiuni (scleroză în plăci, tabes, zona zooster, tumori maligne, arsuri), cefalee, vărsături de origine centrală și reflexă. *Efectele secundare* sînt reduse, în cazul dozelor terapeutice, P. fiind o substanță bine suportată. Uneori însă pot apărea somnolență diurnă, hipotensiune ortostatică și tahicardie. Este contraindicată la gravide. Nu se administrează la persoanele care exercită profesiuni unde este solicitată în special promptitudinea reflexelor și încordarea atenției. În cursul tratamentului este interzis consumul alcoolului; nu se asociază cu medicamente hipotensoare. Preparatul Leptryl(R) conține pe comprimat 5 sau 25 mg substanță activă. Există, de asemenea, soluție buvabilă 4% (1 pic. = 1 mg), supozitoare (5 mg) și fiole (10 mg/ml). Posologia medie este de 15 mg pe zi, în neuroze. Ca antivomitiv se administrează 10 mg pe zi i.m. sau 15—20 mg pe zi în supozitoare. Dacă se asociază cu analgezice se vor reduce dozele ambelor medicamente. (5)

PERMITIL. v. TRIFLUOROMETILPERFENAZINA

Scanned with CamScanner

PERNA PSIHICĂ. Aparţine sindromului catatonic şi anume stereotipiilor akinetice şi de atitudine. Constă în menţinerea îndelungată a capului ridicat (bolnavul fiind culcat în pat), ca şi cum ar sta pe o pernă (inexistentă). Semn descris de Duprée şi întîlnit mai ales în schizofrenia catatonică. (3)

PERPLEXITATE. În psihiatrie, termenul se foloseşte pentru a desemna o stare caracterizată prin obnubilarea conştiinţei, dublată de o mimică încordată, cu privirea căutătoare. Bolnavul nu înţelege ce se petrece în jurul lui, pare mirat, face un efort vizibil pentru a se integra în mediu. Această stare se întîlneşte cu predilecţie în psihozele confuzionale, în schizofrenie, cu caracter pasager se mai poate întîlni şi după electroşocuri sau come insulinice, în faza de reintegrare a stării de conştiinţă. (2)

PERSECUŢIE, DELIR DE. v. DELIR

PERSEVERARE. Tendinţă de executare stereotipă a unor acţiuni. Se încadrează în ceea ce unii neuropsihiatri numesc sindrom motor. În esenţă, este vorba de anomalii ale reglării motorii. Un defect de punere în mişcare, de continuare a activităţii (tonice sau clonice), iteraţiuni, ecokinezii, anomalii de „tempo", în sensul vitezei sau lentorii (accelerare sau încetinire a mişcării). P. poate apare în vorbire, fiind caracteristică afaziei. De asemenea există şi o P. vizuală, imaginea persistă şi după dispariţia stimulului care i-a dat naştere. (4)

PERSEVERAŢIE. Fenomen psihologic conform căruia un individ susţine timp îndelungat anumite idei şi atitudini, adesea contrare sensului real al evenimentelor şi puţin explicabile. Motivaţia P. este variată; în unele cazuri este dată de nivelul intelectual redus (oligofrenie), de insuficienţele sistemului de raţionalizare, de judecata logică, în neconcordanţă cu realitatea (psihopatii), sau de prejudecăţi, misticism, autosugestie etc. În psihiatrie s-a descris un sindrom de inerţie şi de P. (A. Porot şi Hesnard). Această P. mentală apare în psihozele confuzo-onirice, la terminarea episodului psihotic. Hospitalismul este o altă cauză importantă a P., prin viaţa în circuit „închis" la care-i obligă internarea pe bolnavi; aceştia fiind constant şi timp îndelungat privaţi de stimulii sociali şi culturali normali (v. HOSPITALISM). (4)

PERTOFRAN. v. DESMETILIMIPRAMINA

PERVERSIUNE (SEXUALĂ). Tulburări de comportament privind actul sexual. P.S. sînt considerate anomalii care împiedică realizarea procreaţiei avînd ca scop obţinerea voluptăţii. Iniţial P.S. a trezit interesul medicilor prin aspectele juridice

Scanned with CamScanner

pe care le implică (P. Zaccharias). Contribuții însemnate sînt aduse de Hirschfeld R. von Krafft-Ebbing, H. Ellis și, în sfîrșit, de S. Freud. Mulți psihanaliști (Adler, Steckel, Nacht, Federn, Fenichel etc.) au explicat geneza P.S. Kiernan, Maranon au considerat P.S. determinate de anomalii de dezvoltare sexuală („ambisexualitate originară", intersexualitate). Endocrinologii explică mai ales homosexualitatea prin disfuncție hormonală (Steinach, Kretschmer, Voronof etc.), iar Freud, și mai ales neofreudienii, consideră P.S. ca o manifestare neurotică datorată opririi în dezvoltare a maturării libidoului. În prezent, o serie de ipoteze psiho-sociologice accentuează importanța primelor experiențe sexuale (conduita sexuală a părinților, traumatisme psihice, promiscuitate morală, educație greșită etc.). Predescu și colab. (1976) subliniază aspectele socio-familiale, educative și culturale viciate, ca fiind elemente importante, chiar determinante în geneza P.S. Pornind de la ideea că actul sexual comportă un subiect, un obiect și un scop, P.S. pot fi clasificate, în funcție de modificarea de la unul din reperele bio-psihologice amintite, în: 1). Deviații caracterizate prin modificări cantitative ale activității sexuale a subiectului (inhibiție sexuală, impotență, frigiditate (anafrodisie) satiriazisul și nimfomania (hiperafrodizie). Aceste tulburări sînt mai puțin semnificative și importante din punctul de vedere al perversiunii sexuale. Ele reprezintă totuși, capitole de mare actualitate pentru medicina curativă prin numărul relativ mare de bolnavi cu tulburări de dinamică sexuală ce se prezintă la consultații; 2). Deviații de la obiect: autosexualitate (onanie), incest, homosexualitate, infantosexualism (pedofilia), gerontofilie, bestiosexualism (zoofilie), necrofilie, fetișism; 3). Deviații ale scopului care definesc supraevaluarea unei activități sexuale parțiale, a unei activități preliminare: sexualitate orificială (oralism, analism), exhibiționism, sado-masochism, scoptofilie, frotismul. De multe ori deviațiile apar combinate (sadism homosexual). Există de asemenea în uzanța medicală și încercări de clasificări etiologice, bazate pe cercetări anatomo-clinice și de laborator. Deși nu există un consens unanim, modelele propuse oferă informații interesante: 1). Deviații sexuale simptomatice, consecințe a unei leziuni cerebrale (traumatică, toxică, infecțioasă, tumorală, vasculară degenerativă, ereditară); 2). Deviații sexuale simptomatice, consecutive unei disendocrinii sexuale (insuficiență androgenică, hiperandrogenie, care poate determina o hiperafrodisie cu hipererotism, agresivitate sexuală); 3). Deviații sexuale considerate „esențiale", care se pre-

Scanned with CamScanner

zintă în două forme: *neurotică* și *perversă*. Psihiatric se disting *P.S. simptomatice*, din cadrul unor boli psihice (schizofrenie, demență, PGP etc.) și *P.S. psihopatice*, considerate ca dezvoltări anormale ale instinctului sexual, în contextul unei personalități dizarmonice. Cele mai frecvente și cunoscute forme de P.S. sînt următoarele: *Autosexualitatea*, sin. ipsație, onanie, masturbație, monosexualism. Constă în frecarea penisului sau a clitorisului cu mîna (degetul) în scopul obținerii voluptății. Frecventă în copilărie și adolescență la ambele sexe, cînd este practicată temporar, nu are o semnificație patologică. În cazul „fixării" ei în conduita sexuală, eliminînd raportul heterosexual, devine perversiune. Prezintă pericol datorită ușurinței cu care se realizează. La onaniștii inveterați apare și o componentă imagistică (în timpul masturbației, subiectul își asociază mental imaginea femeii dorite). În „masturbația psihică", pentru producerea orgasmului, este suficientă reprezentarea mintală a femeii. Masturbația mai apare uneori și la bătrîni, ca singură posibilitate de satisfacere erotică. În sfîrșit, ea poate reprezenta unul din simptomele destrămării personalității în schizofrenie, la demenți, alcoolici, în manie, oligofrenie. *Azoofilia* constă în contemplarea obiectelor cu semnificație erotică, în scopul excitației sexuale; ea este adesea însoțită de masturbare. Ca formă particulară se menționează pigmalionismul (raport sexual cu manechine, statui). *Bestiosexualitatea* sin. zoofilie, sodomie, bestialitate. Raportul sexual cu animale este o practică străveche, mai ales la popoarele nomade. Atitudinea societății față de B. a fost de asemenea variabilă (ca și pentru homosexualitate). Ambele sexe dau un număr variabil de practicanți care se pare că este mai frecvent la indivizii subdotați și la cei care trăiesc în contact nemijlocit cu animalele. Mecanismul psihopatologic al bestiosexualității este incomplet cunoscut; explicațiile psihanalitice nu satisfac și nu acoperă complexitatea problemei. *Cleptolagnia* este impulsiunea spre furt, însoțită de o stare de excitație sexuală și de voluptate. Acest „gen" de furt echivalează cu raportul sexual. *Coprochezia*, satisfacerea erotică produsă prin ungerea corpului cu excremente. *Coprolalia*, plăcerea pe care o obține individul vorbind despre actul defecației, despre excremente sau despre urină etc. Are un caracter impulsiv. *Coprofagie*, tulburare mai puțin întîlnită în cadrul P.S., constă în ingerarea excrementelor. Apare în oligofrenie, demență, schizofrenie. *Coprofilie*, preocupare dominantă și voluptoasă, determinată de ambianța

Scanned with CamScanner

(pat, cameră) impregnată cu materii fecale, obiecte murdărite cu excremente etc. *Corofilie,* formă de homosexualitate feminină caracterizată prin raporturile aberante ale femeilor adulte cu fetițe (minore). *Cunilincție,* cunilingus, modalitate de satisfacere erotică orală, prin lingerea și sugerea clitorisului și labiilor mici. Poate fi cunilincție homosexuală (safism) sau heterosexuală. *Exhibiționism,* impulsiunea morbidă de a expune public propriile organe genitale. Exhibiționismul prezintă mai multe variante dintre care numai cea perversă propriu-zisă determină plăcerea erotică. Apare la ambele sexe, dar proporțional mult mai rar la femei (Harmann, Schröder). Bărbații își expun penisul în stare de erecție, adesea masturbîndu-se pînă la ejaculare. Femeile își arată sînii și uneori vulva. Exhibiționismul este heterosexual, se desfășoară în locuri anume alese (parcuri, locuri de trecere pentru eleve, vagoane etc.). Exhibiționismul-perversiune se deosebește de exhibiționismul suferinzilor de prostată, care, din cauza incontinenței urinare, nu-și acoperă penisul decît cu haina sau paltonul (practic nici nu este vorba de un exhibiționism). De asemenea nu trebuie confundat cu exhibarea organului sexual în WC-uri de către unii homosexuali, în scopul racolării de parteneri. *Fetișism.* P.S. mai frecventă la bărbați, care constă în înlocuirea raportului sexual normal cu atingerea unei părți a corpului (sîn, picior, fesă etc.) sau a unui articol vestimentar (cămașă, ciorap, batistă, chiloți). În primul caz este vorba de fetișism corporal, în al doilea de fetișism extracorporal sau hefefilie. Uneori atingerea obiectului-fetiș echivalează cu actul sexual substituindu-se acestuia; alteori actul sexual nu poate fi practicat decît în prezența fetișului, singurul element capabil să erotizeze subiectul. Fiecare bolnav are un anume fetiș. Deseori fetișismul se asociază cu colecționarismul, individul adunînd (chiar furînd) fetișuri extracorporale (ciorapi, panglici, agrafe, sutiene, batiste etc.). Fetișismul apare la psihasteni, anxioși, schizofreni, oligofreni. *Felație,* formă de sexualism oral care constă în lingerea și sugerea penisului. Felația poate fi homosexuală sau heterosexuală. *Frotism.* P.S. care constă în atingerea și frecarea organului genital de o persoană de sex opus. Frotismul își găsește posibilitatea de manifestare în locuri aglomerate, cinematografe, mijloace de transport în comun etc. Uneori frotajul se face cu penisul descoperit pînă la ejaculare. Frotismul este uneori însoțit de alte P.S. cum ar fi: onanie, exhibiționism. *Gerontofilie,* sin. gerontosexualitate, constă în alegerea unui partener mult mai vîrstnic; diferența de vîrstă între parteneri

Scanned with CamScanner

ridică o serie de controverse (de la ce vîrstă a partenerului se vorbeşte de gerontofilie, ştiut fiind că numeroase cupluri se căsătoresc avînd diferenţa de vîrste diferite, de 10—25 ani). Allen crede că gerontofilia ar fi o P.S. rară şi că în realitate ar constitui o formă specială de heterosexualitate sau homosexualitate. Psihanalitic această perversiune este considerată ca avînd la origine o „fixare" din copilărie. *Homosexualitate* sin. inversiune sexuală. Satisfacere sexuală cu parteneri de acelaşi sex. La bărbaţi (uranism) homosexualitatea se realizează prin masturbaţie reciprocă, felaţie sau coit anal. La femei, după modul de satisfacere erotică, se distinge: lesbianismul (raport sexual cu ajutorul unui penis artificial sau cu o parteneră avînd un clitoris deosebit de dezvoltat), safism (cunilicţie activă sau pasivă) şi tribadism (frecarea vulvei cu coapsa în mod reciproc). Homosexualitatea perversitate înglobează P.S. (prin mediu, imitaţie, alcool, droguri etc), caracterizată prin faptul că ea exprimă o achiziţie erotică nouă, bazată pe o dezvoltare psihosexuală normală. Homosexualitatea adevărată, care are drept particularităţi: debutul precoce, modificarea constantă a comportamentului, prin tendinţa permanentă de identificare cu sexul opus (masculinizare, efeminare), atracţie sexuală exclusivă pentru parteneri de acelaşi sex, cu aversiune declarată sau disimulată faţă de sexul opus. Hesnard consideră homosexualitatea ca „impotenţă a heterosexualităţii" (Popescu-Sibiu). În funcţie de rolul jucat în cuplu, se disting pederaşti activi (incub) şi pederaşti pasivi (pathicus sau sucub). De multe ori împărţirea rolurilor nu este respectată, acelaşi individ practicînd ambele metode. Raportat la modalităţile de expresie calitative dar şi cantitative, se disting homosexuali completi, care nu pot executa actul heterosexual; homosexuali ambigeni, care pot realiza ambele tipuri de raport sexual, şi homosexuali ocazionali (unii indivizi în situaţii fortuite, neobişnuite, care împiedică o relaţie sexuală normală. Mai există homosexualităţi aşa-zise latente, care se convertesc în simptom fie neurotic fie psihopatic. De inspiraţie psihanalitică, este împărţirea homosexualităţii la bărbaţi în: 1). Tipul narcisic, care ar fi un fel de „amor în oglindă", în care individul se identifică cu mama, comportîndu-se în maniera în care ar dori să se comporte faţă de el mama lui. În consecinţă, el caută un substitut al mamei, un partener, care, în general, este un bărbat mai tînăr, un adolescent sau chiar un copil (în cazul pedofiliei); 2). Tipul anal; aici regresiunea la stadiul sado-anal ajunge la o poziţie de „pasivitate", care are un caracter ambivalent. Individul do-

Scanned with CamScanner

reşte să fie pătruns de partener dar în acelaşi timp să-şi însuşească virilitatea acestuia. Ar fi deci o relaţie sado-masochistă. Homosexualitatea feminină are mecanisme mai puţin cunoscute. După Fenichel, tipul cel mai frecvent întîlnit este acela al identificării cu tatăl, care ar semnifica dorinţa penisului patern şi renegarea fantasmei de castrare. Tipul realizat astfel este cel de homosexualitate activă, cu aspect şi rol masculin; există însă şi tipul narcisic (în oglindă). Homosexualitatea, în afara cadrului psihopatic, apare în epilepsie, oligofrenie, schizofrenie, alcoolism, demenţe. *Kindunolagnie.* Procurarea voluptăţii erotice în condiţii de risc, pe care individul le caută în mod deliberat. Psihanaliştii consideră că voluptatea obţinută prin risc, ar avea un surplus de agresivitate, tocmai din cauza tensiunii sexuale; este rar întîlnită la unii psihopaţi. *Incestul* se caracterizează prin relaţii sexuale între părinţi şi copii (tată-fiică sau mamă-fiu) sau dintre copii (frate-soră). Incestul se întîlneşte în oligofrenie, psihopatie, schizofrenie, P.G.P., demenţe, alcoolism cronic. *Masochism,* sin. algolagnie, algofilie, este o formă de P.S. în care individul obţine satisfacţie erotică în urma unor suferinţe fizice sau morale. După Nacht, „Masochismul este o stare neuropatică caracterizată prin căutarea suferinţei". Masochistul încearcă o adevărată nevoie sau „apetit" de a suferi; suferinţa este fizică sau morală şi se referă la satisfacerea zonei exogene genitale. Masochismul moral poate dezvolta o stare neurotică, descrisă de psihanalişti sub numele de „caracter masochist". Krafft-Ebbing crede că masochismul exprimă o exagerare morbidă a sexualităţii feminine la un bărbat, iar Reich consideră că masochismul reprezintă o manifestare patologică de apărare reactivă împotriva angoasei de castrare. Mijloacele întrebuinţate de masochist pentru a-şi ajunge scopul sînt foarte numeroase. Se lasă înţepaţi cu bricege sau alte instrumente ascuţite, loviţi, biciuiţi, uneori mergînd pînă la un simulacru de spînzurare. Mai nou folosesc curentul electric, (electrocutări, uneori cu accidente mortale). La masochist apar frecvent şi alte P.S. (homosexualitate, fetişism etc). *Narcisism,* sin: autoerastie, termen aparţinînd lui H. Ellis (1898), prin care se defineşte tulburarea erotică manifestată printr-o dragoste aproape exclusivă îndreptată asupra propriei persoane. Freud considera narcisismul o fixare libidinală asupra organismului propriu. Laplanche şi Pontalis diferenţiază un narcisism primar — în care lipsesc legăturile cu anturajul, formă care şi-ar avea prototipul în viaţa intrauterină şi în somn, şi un

Scanned with CamScanner

narcisism secundar, rezultat din retragerea forței de atracție față de anturaj și înlocuirea sa cu autoconcentrare erotică. *Necrofilia.* P.S. care constă în raport sexual cu un cadavru. Necrofilii urmăresc înmormîntările pentru a descoperi și apoi dezgropa cadavrele de femei recent înhumate, iar actul necrofil se săvîrșește pe loc imediat după deshumare; rareori aceștia transportă cadavrul la domiciliu sau în alt loc ascuns. Sînt citate, de asemenea, cazuri în care acești perverși au comis crime pentru a poseda cadavre. Natura și încadrarea necrofiliei rămîne incertă. Există opinii după care o eventuală interrelație necrofilie-sadism este destul de frecventă în rîndul P.S.; în această formă se poate ajunge uneori pînă la necrofagie (consumarea cărnii cadavrelor). *Nimfomanie,* sin. uteromanie, andromanie, aidaiomanie. Este exagerarea apetitului sexual la femei; în scopul realizării dorințelor erotice adesea provoacă, prin cuvinte, gesturi și mișcări obscene, bărbații cu care se întîlnesc. Psihanalitic (Allen) se consideră că nimfomania ar fi un adevărat echivalent al homosexualității, în care femeia încearcă să depășească rolul său pasiv obișnuit; apetitul sexual puternic, exprimă inconștient dorințe incestuoase. Nimfomania se întîlnește în manie, schizofrenie, epilepsie, alcoolism, psihopatie, P.G.P. *Ondinism* sin. Sindrom Havelock-Ellis. Este caracterizat prin obținerea satisfacției erotice prin atingerea corpului de valuri; erotismul este fixat de elementul acvatic, de mișcarea ritmică unduitoare. *Pedofilie,* sin. pederoză, efebofilie erotică, infanto-sexualism. P.S. în care partenerul este un minor, adesea chiar de vîrstă mică (de 8—10 ani). Cauza este puțin cunoscută. Psihanaliștii susțin că este vorba de un complex Oedip nerezolvat. Pedofilia este o aberație homosexuală; există însă și cazuri heterosexuale. Se întîlnește la ambele sexe, uneori îmbrăcînd aspecte platonice, aparent dezinteresate, oricum sublimate. Pedofilia poate apare în schizofrenie, alcoolism cronic, oligofrenie, demențe presenile, ASC, demențe senile. *Sadismul* constă în obținerea plăcerii erotice prin provocarea de dureri partenerului. Krafft-Ebbing definește sadismul drept: „Emoție sexuală asociată dorinței de a produce durere partenerei sau partenerului" (citat din Popescu—Sibiu). În optica psihanalitică, sadismul ar fi rezultatul fixării asupra agresivității, care este o componentă a instinctului sexual; prin intermediul durerii provocate partenerului, sadicul obține satisfacție erotică; se susține de asemenea că sadismul ar fi rezultatul conexării a două sentimente, cruzimea cu plăcerea. Sadicii, pentru a-și procura plăcerea erotică, obișnuiesc să-și muște par-

Scanned with CamScanner

tenera, să o ciupească, să o înțepe. Este ceea ce unii au numit sadism minor; în cazurile de sadism major, se ajunge la adevărate mutilări de organe și chiar la crimă. Tachineria ar constitui o altă formă verbală de sadism. Sadismul apare în oligofrenie, alcoolism, farmacodependență, psihopatie, schizofrenie, epilepsie. *Satiriazis*, exacerbarea apetitului și potenței sexuale la bărbat, care duce la raporturi sexuale repetate, peste ceea ce este normal. *Scoptofilie*, sin. voyerism, este o aberație sexuală în care plăcerea erotică se obține prin observarea corpurilor nude, a organelor genitale sau a actului sexual comis de alții (mixoscopie). Psihanalitic, scopofilia ar exprima dorința de negare a castrării sau eventual fixarea unei traume sexuale infantile apărute în condiții neadecvate de educație sau într-un mediu pervertit. *Travestismul*. P.S. care constă în purtarea veșmintelor sexului opus. M. Hirschfeld definește travestismul, stabilind și următoarele tipuri: heterosexual, homosexual, narcisic și asexual. Unii admit și un travestism bisexual, fetișist și exhibiționist (C. Allen). T. Pettow susține existența unei impulsiuni (fapt nedovedit), iar Fessler incriminează tulburări în funcția endocrină (testiculară), de asemenea infirmată. Există multiple intricări; în cazurile de travestism heterosexual apar și elemente de sado-masochism sau de fetișism. Se mai consideră că la baza travestismului stă fetișul extracorporal (dorința de a purta veșmintele sexului opus). Travestismul exhibiționist pare să semnifice, în concepția psihanalitică, identificarea cu femeia dotată cu un penis. Firește ar putea fi și invers; acceptarea castrării deci prezentarea în veșmintele unei femei; la acest tip de travestism sînt frecvente așa-numitele sinucideri „rituale". Individul — de obicei bărbat — înainte de a se sinucide se îmbracă în veșmintele feminine, se fardează își pune bijuterii, uneori perucă, pentru ca iluzia de a fi femeie să fie cît mai completă. La femei acest gen de sinucidere este mult mai rar. *Transsexualismul exprimă* o P.S. care constă practic în solicitarea schimbării sexului și într-un anumit sens negarea propriului sex. De multe ori subiecții afirmă că se simt schimbați în sfera sexuală, sau că au impresia că sexul lor nu este cel natural. Uneori bărbații susțin că au hemoragii periodice (echivalente menstruației) prin uretră sau prin anus, deși examenul fizic nu evidențiază nici o modificare corporală. Unii autori cred că acest defect de „identificare" sexuală apare în copilărie, ca o consecință a tulburărilor survenite în constelarea factorilor care concură la autentificarea sexului. Factorii aceștia sînt: structura anatomică a organelor genitale externe, elemente

Scanned with CamScanner

biologic-homosexuale şi educativ-comportamentale, care reflectă atitudinea părinţilor faţă de copil. Alţi autori apropie transsexualismul de travestism şi de homosexualitate; asemănarea rezidă în mecanismul psihologic care ar sta la originea lor. Transsexualistul homosexual se identifică cu mama sa corporal dar nu şi sexual; în fapt, transsexualul solicită schimbarea nu din dorinţă sexuală propriu-zisă, ci numai pentru a avea un corp de femeie. Transsexualismul este, după unele statistici, de trei ori mai frecvent la bărbaţi decît la femei. Mulţi bolnavi cu transsexualism solicită cu insistenţă „operarea" acestei schimbări de sex pe cale chirurgicală, fapt care ridică dificile probleme de deontologie medicală şi, uneori, chiar de expertiză medico-legală. Tratamentul acestor bolnavi este de lungă durată şi laborios (psihotrope + psihoterapie + opoterapie), necesitînd colaborarea bolnavului, ceea ce se obţine greu. *Urolagnia,* „plăcerea urinară" obţinută prin gustul şi mirosul emanat de urină, este o P.S. din categoria fetişismului corporal. Urolagnia echivalează cu raportul sexual sau este obligatorie în obţinerea orgasmului sexual, care se realizează în condiţii speciale, cum ar fi în WC-uri, femeia trebuie să urineze în timpul actului sau înainte etc. *Urodipsia* constă în plăcerea erotică determinată de ingerarea urinii. Se întîlneşte la oligofreni. *Urosmia.* P.S. în care plăcerea erotică este produsă de mirosul urinii. *Tratamentul.* P.S. este complex şi în mare parte nespecific, bazat în largă măsură pe metode psihoterapeutice individuale şi de grup, cum ar fi: sugestia, psihanaliza superficială, psihoterapie scurtă, terapie comportamentală, precum şi pe chimioterapie (psihotrope) şi, uneori, opoterapie. *Expertiza medico-legală* în P.S. este necesară mai ales în apariţia unor acte antisociale. Dealtfel, pentru a limita pericolul de contaminare a adolescenţilor şi a tinerilor, în toate ţările, sînt prevăzute sancţiuni ale P.S. în cadrul Codului Penal. Problema esenţială o constituie stabilirea discernămîntului (responsabilităţii). Există două situaţii: P.S. psihopatie, cu discernămîntul păstrat, deci pasibilă de sancţiune penală, şi P.S. simptom în cadrul unor psihoze sau oligofrenii grave, unde discernămîntul lipseşte. Comisia de expertiză medico-legală psihiatrică are sarcina — la solicitarea instanţei juridice — să examineze cazurile care au comis acte delictuale de natură sexuală. Legislaţia noastră prevede măsuri diferenţiate împotriva P.S., iar în cazurile în care la baza conduitei aberante stă o tulburare psihică, măsurile medicale asigură tratamentul corespunzător. (4)

Scanned with CamScanner

PETIT-MAL. Formă clinică a epilepsiei generalizate neconvulsivante, manifestată clinic prin absenţe simple sau complexe (v. ABSENŢA EPILEPTICĂ). (6)

PFROPH-SCHIZOFRENIE, sin. SCHIZOFRENIE GREFATĂ. Formă particulară de schizofrenie apărută la un oligofren. După unele statistici, amintite de H. Ey, 6—7% din schizofreni sînt şi debili mintali. Majoritatea psihiatrilor consideră că P-S. debutează după vîrsta de 20 de ani. Simptomatologia clinică este destul de săracă. Predomină acuzele cenestopate hipocondriace şi de tip comportamental, cu manifestări stereotipe, monotone. Mai rar se instalează cîteva fragmente delirante, paranoide sau simptome din seria catatonică. Obişnuit evoluţia este lentă, progresivă spre pseudodemenţă. (4)

PHOBEX. v. BENACTIZINA

PICA. Pervetirea foamei, ajungîndu-se la ingerarea sau dorinţa nesăbuită de a ingera lucruri sau materiale necomestibile (cretă, nisip, var etc). P. apare în isterie, precum şi la unele femei gravide, în primele luni de sarcină. P. este un fenomen cu totală reversibilitate, fără o semnificaţie patognomonică deosebită. (7)

PICK, BOALA LUI. Formă de demenţă presenilă descrisă de A. Pick (1903) şi completată descriptiv de cercetările lui Spielmeyer, Richter, Gauss, Spatz şi alţii. În ultimul timp s-au realizat multe lucrări de genetică şi histopatologie (Sjörgren, Lingren, Van Mausveet); contribuţii importante au fost aduse şi de psihiatri români: C. Urechia şi Mihalcescu, care se situează printre primii care au studiat această formă de demenţă presenilă. Etiopatogenia este încă incomplet elucidată. Debutul lent, insidios şi de multe ori este greu de precizat momentul instalării tulburărilor care se desfăşoară pe mai mulţi ani şi sînt necaracteristice. Se remarcă o degradare intelectuală progresivă, prin reducerea globală a stocului de idei şi dificultatea crescîndă în folosirea funcţiilor psihice superioare. Abstractizarea, generalizarea, sinteza devin deficitare; ele se asociază cu modificări de atenţie, memorie, conduită şi afectivitate (se pierde iniţiativa, spontaneitatea, activitatea devine dezordonată, cu impulsivităţi). Unii consideră bulimia drept o caracteristică însemnată. Dealtfel, debutul bolii lui P. se concretizează prin sărăcirea intelectuală, presărată cu episoade de nelinişte, euforie sau activitate stereotipă. Perioada de stare se instalează la 2—5 ani de la debut, sub forma unui tablou demenţial, la care se asociază sindromul frontal şi tulburările de limbaj. Intelectual, bagajul lexical se reduce simţitor, ca şi

Scanned with CamScanner

posibilitățile de exprimare simbolică la care se adaugă hipoprosexia și dismnezia. Conștiința bolii de obicei lipsește, bolnavul fiind indiferent față de anturajul familial și social în care trăiește. Comportamentul este și el modificat; apar stări de excitație psiho-motorie, cu infantilism, hipererotism, comportament bizar, intercalate cu stări de apatie și apragmatism. Stereotipiile mai ales de mișcare și verbale sînt constant prezente. Aspectul cel mai comun al tulburărilor de limbaj este uitarea cuvintelor și reducerea treptată a vocabularului. Bolnavul nu este capabil să numească obiectele ce îi sînt prezentate. C. Urechia a menționat faptul că dacă repetăm de mai multe ori întrebarea, pînă la urmă bolnavul dă un răspuns corect. Un alt element din tabloul clinic este dat de alterarea funcțiilor gnozice și praxice; apraxiile apar tardiv și sînt rare. Unii psihiatri consideră că apar false agnozii, datorită unor alterări a atenției. Scrisul și cititul se deteriorează pe măsura adîncirii demenței; se consemnează apariția iterațiilor și a stereotipiilor. Orientarea temporo-spațială este satisfăcătoare. Perioada terminală este scurtă (6 luni—1 an) și se caracterizează prin agravarea simptomelor demențiale. Bolnavul este apatic, inert, indiferent la evenimentele din jur. Amnezia și mutismul sînt frecvente, în schimb stereotipiile devin sărace și rare. În limbaj se accentuează palilalia și echolalia; au fost semnalate și crize hipotonice paroxistice. Uneori se întîlnesc stări particulare ca dezinhibiția automatismelor primitive, masticație, deschiderea gurii etc., sau contracturi în flexie a membrelor inferioare. Decesul survine după o evoluție de 3—6 ani, prin caşexie și afecțiuni intercurente. *Diagnosticul* se bazează pe simptomele clinice menționate și pe datele P.E.G., care evidențiază o dilatare ventriculară a coarnelor, frontal și temporal, alături de atrofia corticală zonală — predilect frontală și temporală. Necropsia și examenul histopatologic arată o degenerescență lipopigmentară a celulelor corticale, precum și absența plăcilor Redlich-Fischer. Celulele au un aspect „suflat", „dilatat". Explorarea EEG nu oferă informații semnificative, fiind neconcludentă, în acest capitol. Valoroasă este însă psihometria. *Diagnosticul diferențial* se face în principal cu boala lui Alzheimer, cu P.G.P. și cu A.S.C. În primul caz, apare un sindrom afazo-agnozo-apraxic bine conturat, cu masive tulburări de orientare temporo-spațială. În P.G.P. apare un amplu sindrom delirant-halucinator nesistematizat, absurd, alături de R.B.W. pozitivă și semne neurologice de focar. A.S.C. prezintă o simptomatologie psihică de aspect lacunar, ca evoluție și probe biologice,

Scanned with CamScanner

care evidențiază prezența unei hiperlipemii și hipercolesterolemii. *Tratamentul* este nespecific: el vizează în general fortificarea organismului, combaterea fenomenelor de senescență și corectarea unor eventuale insuficiențe organice. Se administrează anabolizante (Gerovital, vitamine B_1 B_6 și E) alături de opoterapie (la bărbați testosteron, 2—3 fiole pe săptămînă). În caz de neliniște psiho-motorie, sedative și tranchilizante (Meprobamat; 2—4 tablete/zi; Diazepam, 1—3 tablete/zi etc.), hipnotice (Dormital, 1—2 tablete seara), Noxyron (1—2 tablete/seara). În perioada terminală, supravegherea atentă, respectarea cu mare strictețe a regulilor igienice pentru prevenirea escarelor și a altor complicații, mai ales infecțioase (pneumonii, abcese locale, septicemii etc.). (4)

PIMOZID (Orap(R), Pimozide(R)). Neuroleptic, derivat de fenil-butil-amină, înrudit structural cu fenilbutirofenonele; acțiunea sa anxiolitică și antipsihotică se aseamănă cu cea determinată de flufenazină (Lyogen(R), Moditen(R), Prolixin(R)), antagonizează delirul și halucinațiile. Efectele sale se instalează după cîteva ore și sînt prelungite pînă la 24 ore, după o singură doză terapeutică. Are efecte antiemetizante. Acționează prin inhibiția structurilor dopaminergice centrale. Pimozidul este indicat în tulburările de comportament, paranoia, schizofrenia cronică cu simptomatologie nu prea pronunțată, mai ales pentru tratament de întreținere. *Efectele secundare* și *contraindicațiile* sînt comune cu cele ale butirofenonelor. Este bine tolerat. Poate determina fenomene parasimpaticomimetice (hipersalivație, transpirații abundente). Nu se va administra în stările depresive endogene. Fenomenele extrapiramidale se antagonizează cu antiparkinsoniene. Preparatul Pimozide(R) conține pe comprimat 1 mg substanță activă. Preparatul Orap(R) se prezintă sub formă de comprimate de 1 sau 4 mg. Se administrează per os 3—6 mg, o dată pe zi, dimineața. Doza maximă pe zi este de 8 mg. Doza de întreținere este de 2—3 mg. Dacă apar fenomene de astenie, inapetență, modificări de dispoziție, P. se poate asocia cu roborante și timoleptice. (5)

PIPAMPERONE. v. FLOROPIPAMIDA

PIPERONYL. v. FLOROPIPAMIDA

PIPOTIAZINA (Piportil(R), 19366 RP) este un derivat piperidinic de fenotiazină, cu proprietăți neuroleptice puternice (incisiv) care se instalează rapid și sînt durabile. Are un ușor efect de stimulare asupra SNC. Esterificarea cu acizi grași realizează preparate cu acțiune prelungită. Are proprietăți antihistaminice puternice, în timp ce efectele sale adrenosimpatico-

Scanned with CamScanner

litice şi antiserotoninice sînt reduse. P. este *indicată* în general în psihoze, mai ales în psihozele halucinatorii cronice şi în formele deficitare ale schizofreniei — datorită efectelor sale antihalucinatorii, antidelirante şi de stimulare (schizofrenii în care predomină autismul, apragmatismul). *Efectele secundare* sînt similare cu ale altor derivaţi fenotiazinici. La început poate apare astenie şi somnolenţă. Acţiunea sa stimulentă poate debloca anxietatea, delirul, comportamentul neadaptabil. *Contraindicaţiile* sînt comune cu ale altor fenotiazine. Nu se administrează în caz de glaucom. *Preparate. Posologie.* Piportilul(R) se prezintă sub formă de comprimate (10 mg), soluţie buvabilă 4% (1 pic. = 1 mg), fiole (10 mg/2 ml). Per os se administrează la început 10—20 mg pe zi (într-o singură priză), apoi se fac pauze de 2—3 zile („ferestre terapeutice"), urmate de reducerea treptată a dozei. Există şi alte scheme de tratament, de ex. 15—30 mg, de 2 ori pe săptămînă, sau 25—30 mg, o dată pe săptămînă. În psihozele acute sau în puseele acute ale psihozelor cronice se administrează 10—20 mg o dată sau de două ori pe zi i.m. pînă la liniştirea bolnavului, apoi se trece la administrarea per os a preparatului. După stabilizarea simptomelor se trece la forme dépôt (retard). Acestea sînt Piportil M_2(R) (esterul undecilenic) şi Piportil L_4(R) (esterul palmitic), care se administrează i.m. în doză medie de 100 mg (25—200 mg) la două, respectiv la patru săptămîni. Preparatele retard sînt liposolubile şi bine tolerate local. Au un mare grad de difuzibilitate prin bariera hematoencefalică. La persoanele vîrstnice se vor administra doze mai reduse. Tendinţa la depresie se poate ameliora, prin asocierea antidepresivelor triciclice. Fenomenele extrapiramidale se combat cu antiparkinsoniene. (5)

PIPORTIL. v. PIPOTIAZINA

PIRACETAM (UCB-6215, Nooleptil(R)) este un medicament recent sintetizat, derivat de GABA. Nu are efecte sedative sau stimulatoare asupra SNC. Posedă o acţiune activatoare directă asupra mecanismelor integrative, asociative ale creierului, cu rezultate pozitive asupra funcţiilor mintale (acţiune nootropă, v. NOOTROP). În experienţele pe animale, facilitează învăţarea şi stocajul mnezic, măreşte starea de veghe şi are efect protector faţă de consecinţele hipoxiei cerebrale. P. acţionează prin creşterea vitezei de formare a acidului adenozintrifosforic şi prin stimularea proceselor metabolice cerebrale. Efectul său se produce lent după 2—3 săptămîni. Este *indicat* în tulburări de memorie la presenili, în alcoolismul cronic, în tulburările stării de veghe, în hipoprosexii, sindroame aste-

Scanned with CamScanner

nice etc. De asemenea se mai recomandă în stări postcomoţionale, stări confuzive, accidente vasculare cerebrale, stări comatoase de diverse origini. Nu este toxic. *Efectele secundare* sînt rare. S-au descris agitaţie psihomotorie, hiperexcitabilitate sexuală, agresivitate, care apar mai ales în cazurile de demenţe organice. Nu s-au semnalat contraindicaţii. Preparatul Nooleptil(R) conţine pe capsulă 400 mg şi pe fiolă 1 g P. (fiole de 5 ml). Se administrează per os 2 capsule, de 3 ori pe zi, timp de 3—4 săptămîni, apoi se reduce treptat doza. Parenteral se pot injecta i.m. 3—6 fiole pe zi. (5)

PIRETOTERAPIE. Metodă de tratament care urmăreşte obţinerea rezultatelor prin utilizarea febrei provocate; mecanismul prin care febra îşi exercită acţiunea binefăcătoare, în unele boli psihice, nu este cunoscut, dar se ştie că hipertermia stimulează mijloacele de apărare nespecifice ale organismului. După modul prin care se obţine febra, există mai multe tehnici de P. *P. infecţioasă.* Cea mai cunoscută este malarioterapia (v. MALARIOTERAPIE), dar s-au mai utilizat şi toxine microbiene (tuberculina), precum şi o serie de vaccinuri (vaccin antitifoparatific ş.a.). *P. prin derivaţi organici* (lapte sterilizat, injectat i.v. (2—3 cm^3), extracte de proteine animale etc.). *P. chimică* prin injectarea i.m. de substanţe chimice piretogene în suspensie uleioasă (oleul de terebentină), suspensii coloidale (săruri de aur). *Metode fizice:* acestea realizează creşterea temperaturii corporale prin folosirea undelor electromagnetice. Indicaţia de elecţie a P., în special sub formă de malarioterapie, rămîne P.G.P. şi alte forme de sifilis nervos. Claude a folosit P. chimică, cu oarecari rezultate, în tratamentul schizofreniei şi a stărilor confuzionale. (2, 6)

PIREXIOFOBIE. v. FOBIE

PIRIDOXINA (Vitamina B_6). Piridoxalul şi piridoxamina, reprezintă un complex de substanţe hidrosolubile, cu rol vitaminic. Se găsesc în drojdie, germenii grîului şi cartofi. Reprezintă cofactorul unor enzime (decarboxilaze, transaminaze). Deficitul de P. produce, la animale, simptome caracteristice ca dermatita (pelagra şobolanilor). În cazul carenţei vitaminice, metabolizarea triptofanului este perturbată; prin urină se elimină kinurenină, 3-hidroxikinurenină şi acid xanturic. La om, simptomele carenţei sînt incerte; datorită acestui fapt eficienţa terapeutică este greu de apreciat. S-au semnalat unele anemii hipocrome, rezistente la fier, ameliorabile prin P., leziuni bucale şi cutanate; la copii s-au descris simptome de iritabilitate crescută şi uneori convulsii. Izoniazida, care este un

Scanned with CamScanner

antagonist al P., poate provoca polinevrite, care sînt atribuite deficitul vitaminic relativ. *Indicații trerapeutice.* Se indică în tratamentul de lungă durată cu izoniazida, de asemenea ar da rezultate bune în boala lui Parkinson. *Efectele secundare* sînt foarte rare. S-a semnalat cefalee. *Preparate. Posologie.* Preparatul comercial românesc se numește Vitamina $B6^{(+)}$. Se prezintă sub formă de comprimate de 250 mg clorhidrat de piridoxină și fiole de 5 ml soluție 2,5% și 5%. La adulți se administrează 50—150 mg/zi în doze fracționate, i.m. sau i.v. La copii: per os 10—50 mg/zi, pînă la vîrsta de 3 ani; între 3—15 ani, 10—250 mg la zi; i.v., de la 30 luni pînă la 15 ani, 100—250 mg/zi, în curs de 5—7 zile. (1)

PIRITINOL v. ENCEFABOL

PIRITIOXINA. v. ENCEFABOL

PIROFOBIE. v. FOBIE

PIROMANIE. Fenomen care se situează în patologia tendințelor și a comportamentului și ar consta, în impulsiunea de a provoca un incendiu (termenul de „manie" s-ar referi în acest caz la tendința obsesivă). Bolnavii cu P. dau foc unor obiecte, în cameră sau (la sate mai ales) provoacă incendiul unor căpițe de fîn sau hambare, cauzînd pagube importante. Deși sînt conștienți de riscul pe care-l incumbă actul respectiv, ei caută ocazia de a provoca un incendiu. Excepție fac stările secunde, impulsiunile inconștiente și amnezice ale epilepticilor. P. mai apare la oligofreni cu tendințe la reacții agresive, în schizofrenia paranoidă, ca act de răzbunare delirantă a persecutaților, interpretativilor sau ca răspuns la o halucinație imperativă. Cel mai mare număr de P. se recrutează din rîndul psihopaților impulsivi și al alcoolicilor (care în cursul beției dau foc, sub imperiul impulsivității dezlănțuite). Se cunosc cazuri (rare) în care obiectul impulsiunii incendiare este însuși subiectul (bolnavul), actul echivalînd cu un suicid, de obicei protestatar (suicid prin autoignificare). P. este un act antisocial, care implică necesitatea expertizării psihiatrice legale a bolnavului. (3)

PITIATISM. Termenul a fost introdus de Babinski (1901) pentru a desemna isteria de conversiune. Se pleacă de la ideea că manifestările isterice sînt expresia transformării unor stări afective în simptome somatice. P. se datorește sugestibilității crescute a bolnavului. Ca metodă terapeutică în P. se preconizează persuasiunea. Astăzi termenul mai este întrebuințat și ca sinonim pentru nevroza isterică (v. NEVROZA ISTERICĂ). (2)

Scanned with CamScanner

PLACEBO. Este o formă farmaceutică absolut identică din punct de vedere organoleptic cu medicamentul activ. Se utilizează pentru evidenţierea rolului sugestiei în efectul unor medicamente (v. „DUBLUL ORB", EFECT PLACEBO). (1)

PLAGIOPSIE. v. ILUZIE

PLEGOMAZINE. v. CLORPROMAZINA

PLÎNS SPASMODIC. Termenul defineşte accesele de plîns declanşate de factori psihici banali, bolnavul avînd expresia mimică fixată pentru o perioadă mai lungă de timp, ce eventual alternează cu accese de rîs şi care poate să nu fie însoţită de o stare afectivă de tristeţe în concordanţă cu amploarea manifestărilor mimice. În patologie, P.S. este caracteristic sindromului pseudobulbar, existînd o relaţie între gravitatea clinică a sindromului şi intensitatea factorilor declanşatori ai accesului de plîns (v. RÎS SPASMODIC). (6)

PNEUMOENCEFALOGRAFIE FRACŢIONATĂ. Metodă de investigaţie radiologică care constă în injectarea prin puncţie lombară a aerului ce are rol de substanţă de contrast, aer care se acumulează în cavităţile ventriculare şi cisterne, permiţînd studiul radio-anatomic al acestor cavităţi în diverse proiecţii radiologice. Introducerea aerului se face fracţionat la adult în cantităţi succesive de 5—10 ml, în total în medie 30—40 ml, intercalată cu extragerea de LCR, total aproximativ 5—10 ml, din care se pot face analize de laborator (v. LICHID CEFALORAHIDIAN). Prin diferite poziţii imprimate capului în timpul insuflaţiei, bolnavul fiind în poziţie şezîndă, aerul poate fi dirijat în funcţie de necesităţi, iar progresia aerului în cavităţile cerebrale, ca urmare a introducerii fracţionate, se urmăreşte fie prin radioscopie televizată, fie prin radiografii succesive. În funcţie de indicaţiile radiologice astfel culese, se vor face proiecţii radiologice speciale pentru diferite regiuni care interesează în mod particular (eventual chiar tomografii). Uzual în cazul introducerii de aer — care în raport cu alte gaze, se resoarbe mai lent — se studiază resorbţia de aer la 24 de ore sau/şi 48 ore de la insuflaţie. În raport cu patologia SNC, indicaţiile metodei sînt diverse, dar ele trebuie justificate pe baza coroborării examenului clinic cu EEG, examenul fundului de ochi şi scintigrafia cerebrală, iar în funcţie de particularităţile cazului, este necesară şi considerarea posibilităţii ca alte metode de investigaţie neuroradiologice, de ex. angiografia (v. ANGIOGRAFIE CEREBRALĂ), să fie susceptibile de a oferi date utile diagnosticului. În raport cu patologia psihiatrică, în general principala

Scanned with CamScanner

indicație a PEG.F. se referă la atrofiile cerebrale, de origine diversă posttraumatică, infecțioasă sau toxică, demențe, epilepsie, malformații cerebro-meningiene etc. În acest context, după Wackenheim și Escudero, la adult, în situația în care examinările prealabile dau indicații în sensul unor semne bilaterale, discrete sau discutabile, PEG fracționată are indicația de elecție. O problemă cu implicații speciale este reprezentată de suspiciunea de tumoare cerebrală, cu precădere de fosă posterioară, unde PEG fracționată poate fi realizată (cu precauții particulare de tehnică) în cazul absenței stazei papilare, mai ales în lipsa unor semne clinice de lateralizare. *Contraindicațiile* metodei sînt reprezentate de afecțiuni intercurente, caşexie, comă, hemoragii cerebrale recente, cu mențiunea că în cazul unor maladii atrofice presenile și senile, uneori bolnavii reacționează rău la PEG.F. Incidente ca: paloare, transpirații profuze, hipotensiune arterială, chiar sincopă sînt eliminate în general prin premedicație (prometazin + atropină), ce oferă o protecție neurovegetativă satisfăcătoare. La subiecții anxioși este necesară și o bună pregătire psihologică în prealabil. Pe măsura acumulării aerului în cavitățile cerebrale se instalează o cefalee de intensitate variabilă. Postinsuflație, bolnavul poate prezenta cefalee, hipertermie, eventual greață. *Complicațiile* sînt rare, fiind reprezentate de infecții (meningite) hemoragii în spațiul epi- sau subdural, tromboze cerebrale. PEG.F. are și unele indicații terapeutice ca în arahnoidite sau epilepsie. (6)

PNIGOFOBIE. v. FOBIE

POINOFOBIE. v. FOBIE

POLI, prefix care dă tuturor termenilor care-i compune semnificația de mai mulți, de pluralitate. (7)

POLICROME, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

POLIFAGIE. Senzația de foame puternică, cu ingerarea excesivă de alimente. În psihiatrie se întîlnește în stări demențiale, în oligofrenii, schizofrenie cronică, encefalopatii grave (v. și BULIMIE). (2)

POLIFONIE. v. HALUCINAȚIE

POLIGRAFIE. Metodă complexă de explorare concomitentă și înregistrare grafică pe același traseu cu ajutorul unei aparaturi speciale, a mai multor activități biologice: EEG, ECG, electrodermograma (reflexul psihogalvanic). Metoda are aplicații clinice în special în studiul somnului patologic. (6)

Scanned with CamScanner

POLIMORF, DELIR. v. DELIR

POLIOPICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

POLIOPSIE. v. ILUZIE

POLISENZORIALE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE, ILUZIE

PONALIDE(R). v. ETILBENZATROPINA

PONOFOBIE. v. FOBIE

PONOPATIE. Termen care unește stările reactive — inclusiv neurastenia și nevroza de așteptare, determinate de activitatea cotidiană. (4)

PONSITAL. v. CLORIMPIFENINA

PORENCEFALIE. Aspect anatomopatologic, reprezentat de existența uneia sau a mai multor cavități, în emisferele cerebrale, în formă de con, cu vîrful spre ventriculi și baza la cortex. P. se constituie în perioada fetală sau la sugar, reprezentînd aspectul final al ramolismentului cerebral, arterial, embolic sau trombotic, de origine infecțioasă sau traumatică. Expresia clinică, sub raport motor, este de tipul sindroamelor spastice, iar din punct de vedere psihic, de tip oligofrenie. (6)

POROPSIE, ILUZIE. v. ILUZIE

POSESIV, DELIR. v. DELIR

POTAMOFOBIE. v. FOBIE

POTENȚIAL EVOCAT — EEG. Variație de potențial, rezultată ca urmare a unei stimulări senzoriale, care, la subiecții umani, este mai ușor de observat în ariile occipitale ca urmare a unei stimulări vizuale. (6)

POTOMANIE. Tendința patologică de a ingera cantități mari de lichide, mai cu seamă băuturi alcoolice, sin. și v. DIPSOMANIE. (2)

PRAXITEN. v. OXAZEPAM

PRECONȘTIENT. Termen psihanalitic propus de S. Freud pentru a denumi zona „superficială" a inconștientului, sin. cu subconștientul lui P. Janet. Freud pune un accent deosebit pe organizarea structurală a celor două instanțe psihice: inconștientul și conștientul, arătînd influențele la care acestea se supun reciproc. Structural, inconștientul este format din două etaje psihice: 1) preconștientul și 2) inconștientul propriu-zis. În P. se află „depozitate" tendințele relativ recent refulate dar capabile de a fi folosite în mod obișnuit, la cea mai mică ocazie favorabilă, pe cale asociativă. (4, 7)

Scanned with CamScanner

PREDELIRIUM TREMENS. Formă clinică atenuată simptomatologic care face parte din delirium tremens (v. DELIRIUM TREMENS); ea are un prognostic bun şi o reversibilitate rapidă. (7)

PREDISLEXIC. Tulburări de convertire simbolică în scris şi citit, depistabilă în perioada 5—7 ani, perioadă în care, cu ajutorul unor metode psihopedagogice adecvate, se poate redresa în întregime. P. apare mai ales la copiii crescuţi în regiuni izolate sau care au fost sustraşi unei acţiuni socio-culturale normale (boli cu convalescenţă prelungită etc.). (7)

PREJUDICIU, DELIR DE. v. DELIR

PRELOGIC. După Piaget stadiu normal de dezvoltare a proceselor cognitive, care trec de la perioada acumulărilor intuitive spre o sistematizare într-o ierarhie adecvată formelor superioare de gîndire. (7)

PRESBIOFRENIE. v. DEMENŢA

PRIMAR, DELIR. v. DELIR

PROCAINA (Novocaina). Este un anestezic local, derivat al ac. paraaminobenzoic. Este activă în anestezia terminală (de suprafaţă) numai la concentraţii mari (10—20%), în schimb este activă la concentraţii mai mici (0,5—8%) în alte forme de anestezie locală (de infiltraţie, de conducere, rahianestezie, endoanestezie). Efectul său este de scurtă durată, datorită vasodilataţiei, pe care o determină. Acest dezavantaj poate fi corectat parţial prin adăugarea unui vasoconstrictor, în special adrenalină. Pe cale generală, are acţiune antiaritmică cardiacă (în acest scop se foloseşte derivatul său, procainamida), spasmolitică, hipotensoare, ganglioplegică. În doze mari, poate produce apnee şi convulsii. Forme speciale de condiţionare ale procainei (Aslavital, Gerovital) se utilizează în geriatrie. Medicamentul este contraindicat în cazul sensibilizării la acest compus. Trebuie administrat cu prudenţă în cazul astmului bronşic, la cardiopaţi, la hepatici, la bolnavii trataţi cu analgezice narcotice. Efectele sulfamidelor sînt diminuate în cazul unui tratament concomitent cu procaină, care, prin hidroliză enzimatică catalizată de pseudocolinesterază, eliberează ac. para-aminobenzoic (antagonist al sulfamidelor). Este contraindicată în miastenie, afecţiuni renale grave, hipotensiune, colaps. *Efecte secundare.* Frecvente sînt reacţiile alergice. S-au mai observat; stare generală de rău, tremor, stare anxioasă, hipotensiune arterială pînă la colaps, convulsii şi apnee (ultimele două la doze mari). *Preparate.* Industria românească de medicamente prepară:

Scanned with CamScanner

1). Procainã fiole, ce conţin o soluţie apoasă injectabilă de clorhidrat de procainã în concentraţii de 1%, 2%, 4% şi 8%. 2). Procainã cu adrenalinã, fiole formate din clorhidrat de procainã 80 mg şi adrenalinã 60 μg. Acest preparat se foloseşte în special în practica stomatologicã. (1)

PROCALMADIOL. v. MEPROBAMAT

PROCESIV, DELIR. v. DELIR

PROCLORPERAZINA. (Proclorpemazina, Emetiral(+), Compazin(R), Stémétil(R), Témentil(R)) este un derivat piperazinic de fenotiazinã, care se absoarbe rapid din tubul digestiv. Are acţiune sedativă şi antipsihoticã mai redusă decît clorpromazina. În unele cazuri, poate avea efect stimulator. Acţiunea sa antiemetizantă este mai puternicã decît a clorpromazinei de aproximativ 3—4 ori, acţionînd favorabil în vărsãtura de origine centralã. Mai posedă efect antivertiginos şi antispasmodic. Este slab antihistaminic. *Indicaţiile terapeutice* sînt reprezentate de vărsãturile din uremie, boala de iradiaţie, meningite, kinetoze, labirintitã, sindrom Ménière, migrene, sarcinã etc. În psihiatrie se utilizează în neurastenie, tulburări de comportament, stări anxioase, stări confuzive, psihoze toxice (alcoolism cronic în afara stării de ebrietate), schizofrenie apato-abulicã şi cronicã cu atimie (Ciurezu şi colab., 1973). *Efectele secundare* sînt similare cu cele descrise la clorpromazinã; apar mai frecvent tulburări neurologice decît în cazul acesteia. Astfel, precoce pot apărea trismus, mişcări de sucţiune, rotirea globilor oculari, spasme ale musculaturii cefei, convulsii. Mai tardiv se pot produce tulburări parkinsoniforme, care pot deveni durabile. Poate determina insomnie. Uneori apar fenomene de iritaţie gastricã şi fenomene colinolitice (uscãciunea gurii, midriazã). P. este contraindicatã în cazurile în care este contraindicatã şi clorpromazina, precum şi la persoanele care prezintă sensibilizare la fenotiazine. Ca antivomitiv nu se va administra la ulceroşi, în boli hepato-renale, abdomen acut. Poate masca simptomatologia unei intoxicaţii medicamentoase şi crea dificultăţi pentru diagnosticarea unei tumori cerebrale. La gravide se va utiliza numai dacă alte mijloace terapeutice nu pot inhiba voma. Nu se administrează la copiii sub 6 ani. Este interzis consumul de alcool în cursul tratamentului. P. nu se va prescrie în tratamentul ambulator la conducãtori de autovehicule. *Preparate. Posologie.* Emetiralul(+) se aflã sub formă de drajeuri, care conţin 5 mg, şi supozitoare, în care se aflã 5 sau 25 mg bismaleat de P. În bolile psihice se administrează doze progresiv crescînde pînă la 50—200 mg pe zi (dozele maxime fiind

Scanned with CamScanner

15 mg o dată și 250 mg pe zi, FR. IX). Ca antivomitiv, doza este cuprinsă între 10—20 mg pe zi, fracționat. Există și preparate injectabile (Compazin(R)) din care se injectează profund i.m. 5—10 mg preoperator, în caz de vărsături în cursul nașterii etc. În cazurile din domeniul psihiatriei, la bolnavii agitați, tratamentul se poate începe cu 10—20 mg — administrate i.m. — iar, după liniștirea simptomatologică, se trece la aplicarea per os a P. P. nu se amestecă cu alte medicamente în seringă. (5)

PROFESIONAL, DELIR. v. DELIR

PROFETIC, DELIR, HALUCINAȚIE. v. DELIR și HALUCINAȚIE

PROLIXIN. v. FLUFENAZINA

PROMAZINA (Romtiazin(+), Frenil(R), Sparine(R), Tubex(R)) este un neuroleptic fenotiazinic înrudit chimic cu clorpromazina. Spectrul său de acțiune neuroleptică este larg, dar proprietățile sedative sînt inferioare față de ale clorpromazinei — acțiunea sa psihotropă situînd-o între neuroleptice și tranchilizante. Posedă proprietăți antiemetice remarcabile. Are indicațiile clorpromazinei, fiind un medicament util, mai ales în tratamentul ambulator de întreținere a psihozelor cronice. De asemenea se poate aplica în toxicomanii, sindrom de abstinență, delirium tremens, stări confuzionale, halucinoze acute, afecțiuni psihosomatice, precum și ca antivomitiv în vărsăturile de origine centrală. Alte indicații sînt reprezentate de tusea convulsivă, adjuvant în HTA, prenarcoză, potențarea analgeziei în chirurgie. *Efectele secundare* sînt asemănătoare cu ale clorpromazinei, dar este mai puțin toxică. Produce somnolență. Se menționează că poate facilita precipitarea convulsiilor la epileptici și produce hepatite toxice. Poate masca voma simptomatică (intoxicații, abdomen acut). Potențează acțiunea hipertensivă a adrenalinei. Este *contraindicată* în cazurile în care nu se administrează nici clorpromazina. Nu se poate utiliza în boala ulceroasă, insuficiență coronariană, sarcină, stări de sensibilizare la acest medicament. Se utilizează cu prudență la hipotensivi, ASC, afecțiuni respiratorii acute și cronice. Scade performanțele psihomotrice, fiind contraindicată administrarea sa ambulatorie la cei care exercită meserii ce necesită reflexe prompte și precise. În timpul tratamentului nu este admis consumul alcoolului. La epileptici se va administra asociat cu antiepileptice. *Preparate. Posologie.* Romtiazinul(+) conține, pe un drajeu, 35,2 mg maleat de promazină. Fiolele de 5 ml conțin 30 mg substanță activă (6 mg/ml). În psihiatrie, dozele sînt

Scanned with CamScanner

cuprinse între 30—150 mg/zi, administrate fracţionat per os. În cazurile acute, la început, se pot administra 30—100 mg pe zi pe cale i.m. (calea i.v. trebuie evitată deoarece substanţa este iritantă). În prenarcoză şi pentru potenţarea analgezicelor, se administrează 30—60 mg i.m. Sparine(R) este un preparat similar care conţine clorhidrat de promazină (sol. 25 mg/ml în flacoane multidoze de 10 ml sau fiole de 1 şi 2 ml). (5)

PROSOPOAGNOZIE. v. AGNOZIE

PROTEIDOLIE. v. ILUZIE

PROTOPOPOV, SINDROMUL LUI. În cadrul psihozei maniaco-depresive, Protopopov a descris un sindrom care apare indiferent de forma clinică a episodului respectiv (maniacal sau depresiv). Acest sindrom este format din midriază, tahicardie şi constipaţie, la care se adaugă frecvent, la femei, şi amenoreea. (7)

PROTRIPTILINA (Concordin(R), Vivactil(R)) este un antidepresiv triciclic derivat de dibenzocicloheptan, care are proprietăţi farmacodinamice asemănătoare cu ale nortriptilinei. Efectele sale se instalează mai rapid (în decurs de 5—7 zile). Acţiunea tranchilizantă a P. este redusă. În experienţele pe animale, P. antagonizează efectele inhibitorii ale rezerpinei şi tetrabenazinei şi potenţează hiperactivitatea amfetaminică. P. este *indicată* în toate formele de depresie, dar mai cu seamă în formele inhibate. Deşi este un medicament bine tolerat, poate produce numeroase *efecte secundare*. Acestea constau în fenomene M-colinolitice (uscăciunea gurii, tahicardie, midriază, tulburări de acomodare ale vederii, constipaţie), somnolenţă, astenie sau, dimpotrivă, stări de excitaţie ale SNC, agitaţie, anxietate, confuzie mintală. Uneori pot apărea ataxie, vertij, parestezii, hipotensiune ortostatică, retenţie urinară, ejaculare precoce, erupţii cutanate, fotosensibilizare, adenită sublinguală. Poate antagoniza efectul hipotensiv al guanatidinei. La ciclotimi poate precipita faza maniacală. Este *contraindicată* în sarcină, glaucom, retenţie urinară, stenoză pilorică. Se utilizează cu mare prudenţă la cardiaci, hepatici, epileptici. Nu se asociază cu simpaticomimetice şi IMAO. La bolnavii care prezintă insomnii, se evită administrarea în timpul serii. Nu se administrează în tratament ambulator la conducătorii auto deoarece diminuă promptitudinea reflexelor. Preparatul Concordin(R) conţine pe comprimat 5 sau 10 mg. P. Tratamentul se face prin individualizarea dozelor, acestea fiind cuprinse între 15—60 mg pe zi. La bătrîni, se vor administra doze mai reduse (de ex. 3×5 mg pe zi). După obţinerea efectului tera-

Scanned with CamScanner

peutic se reduc treptat dozele. În cursul tratamentului cu P. se va ţine seama de eventualitatea unei evoluţii ciclice a psihozei maniaco-depresive. P. se poate asocia cu sedative sau tranchilizante în cazurile care prezintă anxietate sau agitaţie. (5)

PRUNCUCIDERE. Provocarea morţii nou-născutului de către mamă prin diferite mijloace (asfixie, sufocare manuală sau cu un obiect, ex. pernă, prosop etc.). P. este un delict grav pedepsit de lege. În unele cazuri P. este săvîrşită de mame psihotice (bufee delirant-halucinatorii, stări confuzionale, schizofrenii etc.), alteori, P. reprezintă debutul medico-legal al unei psihoze (schizofrenie). Din aceste motive, ori de cîte ori se ridică suspiciunea unei tulburări psihice în producerea P. se impune examinarea psihiatrică şi medico-legală. (4)

PSEUDO. Prefix; termenii compuşi pe care îi formează primesc înţelesul de neadevărat, de falsificat. (7)

PSEUDOBULBAR, SINDROM. Sindrom produs ca urmare a lezării bilaterale a căilor piramidale, astfel încît prin răsfrîngerea tulburărilor asupra căii cortico-nucleare, se realizează clinic şi o suferinţă a ultimelor perechi de nervi cranieni, manifestată prin tulburări de fonaţie şi deglutiţie, alături de o tetrapareză de intensitate variabilă, care este consecinţa directă a lezării căii cortico-spinale. În patologia psihiatrică, sindromul se întîlneşte în cazul leziunilor vasculare cerebrale de natură ASC şi se caracterizează printr-o demenţă progresivă manifestată mai ales prin grave tulburări mnestice şi ideative, însoţite de crize de rîs-plîns spasmodic, tulburări de vorbire, de scris şi de conştiinţă. A fost descris pentru prima oară de Lepine (1877). (6, 7)

PSEUDODEMENŢĂ. Descrisă de Wernicke, avînd circulaţie mai ales în cadrul şcolilor germane de psihiatrie. Tabloul simptomatologic aminteşte în largă măsură de o stare de blocare progresivă a proceselor cognitive superioare, asociată cu perplexitate, amnezie şi modificări afective paroxistice. Conduita bolnavului este aparent lipsită de sens, deoarece nu corespunde solicitărilor, iar vorbirea la rîndul ei devine neadecvată. Tabloul simptomatologic se instalează după un stress, intoxicaţie supraacută, tr.cr.cr. De durată variabilă (săptămîni—luni), tulburările regresează odată cu revenirea din perioada de prostrare, dar bolnavul poate rămîne cu o amnezie parţială sau totală a episodului trăit. (7, 4)

PSEUDOHALUCINAŢIE. v. HALUCINAŢIE

PSEUDOINDIFERENŢĂ. Se caracterizează printr-o aparenţă înşelătoare de neparticipare afectivă pe care o creează

Scanned with CamScanner

bradikinezia. P. se întîlnește în depresie, melancolie, ea oferă de multe ori bolnavului un pretext în plus pentru autoacuzare. (7)

PSEUDOLALIE, sin. GLOSOMANIE. v. GLOSOMANIE

PSEUDOLOGIE sau PSEUDOLOGIE FANTASTICĂ (Duprée) sin. și v. MITOMANIE.

PSEUDOMINCIUNĂ. Tulburare de intercepție a realității la copii preșcolari datorită insuficienței de dezvoltare a gîndirii; copilul amestecă realul cu fantasticul, cele văzute cu cele imaginate. (7)

PSEUDOPARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ. Entitate nozografică referitoare la realizarea îmbinării unei simptomatologii psihice de tip pseudodemențial (sindromul reprezentat de triada: deteriorare intelectuală, euforie, idei de grandoare), cu tulburări neurologice analoage celor din neurolues (elemente din sindromul paretic, ce pot merge pînă la semnul lui Argyll-Robertson). Este un sindrom care se apropie de simptomatologia meningoencefalitei sifilitice (P.G.P.) de care poate fi deosebit prin negativitatea reacțiilor serologice (R.B.W.) din sînge și LCR. Cauzele pseudoparaliziei generale sînt multiple, cele mai importante fiind alcoolismul cronic, tr.cr.cr., tumorile cerebrale, saturnismul, intoxicațiile cu oxid de carbon, ASC, tripanosomiaza, avitaminoze (pelagra). În pseudoparalizia alcoolică (realizată în cadrul alcoolismului cronic de sindromul Korsakov sau de demența alcoolică) apare dizartrie, tremurături, apraxie, denivelare intelectuală. *Diagnosticul diferențial* se face prin negativitatea reacțiilor pentru lues (în sînge și LCR) și prin semnalarea în antecedente a consumului abuziv de alcool. Pseudoparalizia generală prin tumoare cerebrală apare mai ales în tumorile frontale, cu sindrom fronto-calos și glioame extinse ale centrului oval. Simptomatologia tumorilor de lobi frontali putînd realiza clinic sindromul moriatic trebuie diferențiată de forma expansivă a P.G.P. (reacția TIT fiind întotdeauna negativă). În general lipsa antecedentelor de infecție luetică și a sindromului umoral (în cadrul căruia hotărîtoare este analiza LCR) permit diagnosticul diferențial al pseudoparaliziilor generale. (3)

PSEUDOPSIHOPATIE, sin. și v. STARE PSHIOPATOIDĂ

PSEUDOREMINISCENȚĂ. Tulburare mnestică în care elementul caracteristic îl constituie trăirea unor evenimente trecute la modul prezent cu trăirea și oarecum autenticitatea unor

Scanned with CamScanner

adevărate momente actuale. P. apare în sindromul Korsakov, în confuzia onirică, în psihoze presenile, în parafrenie. (7)

PSEUDOSCOPIE. Iluzii vizuale întîlnite atît la persoane normale (atunci cînd nu sînt realizate condițiile unei bune percepții), cît și la bolnavi psihici. P. constă în aprecierea greșită a dimensiunii formei și a distanței unor obiecte față de subiect. (2)

PSICOTON. v. BIMANOL

PSICROFOBIE. v. FOBIE

PSIHO. Prefix folosit în psihiatrie, avînd semnificația de procese cerebrale superioare. (7)

PSIHAGOGIE. Prin P. se înțelege un complex de metode psihologice care au drept scop stabilirea unor norme de conduită psihosocială, capabile să asigure buna adaptare a individului în societate, precum și corectarea unor eventuale „asperități" caracteriale ce perturbă și îngreunează inserția socială. Din aceasta rezultă că P. are și o valoare psihoprofilactică și chiar psihoterapeutică, fapt care suscită interes din partea pedopsihiatrilor, în special, și al psihiatrilor, psihologilor și pedagogilor în general. (4)

PSIHALGIE. Considerată de L. Michaux o durere somatică psihogenă produsă de factori afectivi, printr-o mutație psihosomatică. P. este o „durere anorganică", apărută în crize paroxistice, în sindroame cenestopate, stări reactive, depresii etc. (7)

PSIHALERGIE. Descrisă de Beno (1951). P. înseamnă o stare particulară de intoleranță (de sensibilizare) psihică față de o anumită traumă psihică. P. apare mai ales la persoanele cu structuri senzitive, la susceptibili, la isterici etc. (7)

PSIHAMINE (amine psihotone). Sînt amine simpaticomimetice al căror efect preponderent este stimularea sistemului nervos central. Se mai numesc „amine de trezire" fiindcă determină o trezire EEG și comportamentală. (v. AMFETAMINE). (1)

PSIHASTENIE. P. Janet a descris-o ca o neuroză cu simptomatologie antagonistă isteriei și caracterizată prin anxietate, dilemă, scrupul, îndoială, neîncredere, la care se adaugă obsesii, fobii, ritualuri, compulsiuni. Instalarea simptomelor se face insidios din prima copilărie, astfel că se poate vorbi de o adevărată structură psihastenică; evoluția este ondulatorie. Mulți factori stressanți, tensionali, pot precipita apariția unui episod în care simptomele enunțate capătă o deosebită intensitate ajungînd chiar pînă la o stare psihotică cu depersonalizare, derealizare. Ey, Hesnard și alții consideră că cel mai important

Scanned with CamScanner

element al P. este reprezentat de lipsa unei suficiente forţe (a unui tonus psihic adecvat) pentru a se integra corespunzător şi adecvat în realitate, fapt dealtfel de la început semnalat le P. Janet şi reflectat în însăşi denumirea sa. (7)

PSIHOACTIV. v. PSIHOTROP

PSIHOANALGEZIE. Metodă psihoterapeutică prin care se urmăreşte diminuarea percepţiei dureroase. (5)

PSIHOANALEPTIC. Termen care desemnează o substanţă psihotropă cu acţiune stimulantă asupra SNC. Într-o accepţiune mai largă cuprinde antihipnoticele, antidepresivele şi psihotonele. (5)

PSIHOCATARZIS. Tehnică terapeutică de tip psihanalitic aplicată în neuroze, prin care se urmăreşte conştientizarea şi implicit retrăirea psihotraumatismului care a determinat apariţia tulburărilor neurotice. Realizarea P. se face cu ajutorul inducţiei hipnotice. Astăzi metoda este mai puţin folosită în ţările europene şi mai mult în S.U.A. de către psihiatri, cu orientare psihanalitică. (4, 7)

PSIHOCHIRURGIE. Ansamblul de tehnici chirurgicale prin care se urmăreşte tratamentul unor afecţiuni psihice. Primul care introduce P. este psihiatrul portughez Egas Moniz (1936); prin practicarea unor secţiuni în substanţa albă a lobului prefrontal se întrerup o parte din conexiunile ce leagă lobul frontal de talamus (leucotomie). Mai tîrziu, Freeman şi Watts (1942) extind secţiunea la toate fibrele talamo-frontale, realizînd în acest fel o izolare a lobului prefrontal de formaţiunile cerebrale subiacente, metodă cunoscută sub numele de lobotomie. Leucotomia şi lobotomia au cunoscut o răspîndire înaintea erei psihotropelor, iar tehnicile aplicate s-au perfecţionat, diversificîndu-se în acelaşi timp. *Tehnica.* Sub narcoză se practică o gaură de trepan în regiunea fronto-temporală (într-o zonă bine determinată), după care se introduce leucotomul (un bisturiu special subţire şi netăios). Prin mişcări de balansare se secţionează fibrele întîlnite pe traseu. Metoda se repetă apoi în emisfera opusă, realizîndu-se, după volumul fibrelor secţionate, fie o leucotomie fie o lobotomie. Ca o variantă a tehnicii lui Moniz şi Freeman, trebuie semnalată leucotomia transorbitală, imaginată de Fiamberti (1937), care abordează conexiunile talamo-frontale prin orbită. Aceasta este o tehnică selectivă, permiţînd secţionarea conexiunilor talamice doar cu anumite zone corticale, de ex. cu ariile 9, 10, 11, 13, 14, 24 şi 32 Brodman, este în acelaşi timp şi o tehnică oarbă, cu un coeficient mare de risc, datorat pericolului secţionării unor artere importante şi,

Scanned with CamScanner

în consecință, producerea de hemoragii fatale. Prin metoda stereotaxică, în ultimii ani s-a reușit o mai bună delimitare a zonei și un control mai riguros al fibrelor ce urmează a fi secționate. S-a încercat evitarea pericolului hemoragiei, prin coagularea unor zone cerebrale; se practică metode de coagulare a unor nuclei talamici în întregime prin injectarea de substanțe chimice ca formol, novocainã ș.a. Pentru realizarea lobotomiei s-au folosit și ultrasunetele (Lindsham). Alte metode chirurgicale puse la punct de Pool, Le Beau, Scoville, constau în rezecarea unor arii corticale bine determinate (topectomie). *Accidente și complicații.* 1). Mortalitatea. Tehnicile utilizate în psihochirurgie comportă un coeficient de risc însemnat, mortalitatea intraoperatorie menținîndu-se ridicată (1—6%, după majoritatea statisticilor). Principala cauză de deces intraoperator o constituie hemoragiile cerebrale imprevizibile; chiar tehnicile cele mai puse la punct rămîn manopere oarbe. Mortalitatea ridicată se întîlnește mai ales în procedeele transorbitale. 2). Crizele epileptice. În afara riscului vital imediat, trebuie luate în considerare și complicațiile la distanță, crizele epileptice ocupînd, în acest sens, un loc de frunte (12—14%) după David și Pool. 3). Deficitul intelectual. Ținînd seama de caracterul intervenției, care scoate din circuitele fiziologice o zonă însemnată din SNC, la care se mai adaugă și leziunile de tip cicatricial (cu extindere variată) se presupune că intervențiile chirurgicale antrenează și un grad progresiv de deficit intelectual; intensitatea acestuia este greu de evaluat, deoarece bolnavii selectați pentru astfel de intervenții, pe lîngă tulburările psihice, pot prezenta și o denivelare intelectuală. 4). Modificările de personalitate. Într-un procent semnificativ de cazuri se constată modificări importante ale caracterului și personalității; bolnavii devin indiferenți, apatici, hipobulici, puerili, uneori cu o dispoziție exaltată, cel mai caracteristic aspect fiind, după Moniz, „pierderea căldurii emoționale". *Indicațiile* de elecție înaintea erei psihotropelor erau reprezentate de schizofrenie, sindroame halucinator-paranoide, psihoze afective și neuroza obsesivo-fobică. În deceniul al 5-lea al secolului nostru indicațiile P. au devenit abuzive, ele cuprinzînd majoritatea bolilor psihice cu evoluție cronică, alături de unele forme de epilepsie și de psihopatii. Cu timpul însă aplicarea P. a fost mult restrînsă rezumîndu-se la unele forme ale schizofreniei cu evoluție progresivă, neinfluențată de metodele terapeutice cunoscute, sau care prezintă un pronunțat comportament antisocial; se mai recomandă de asemenea în formele de neuroze obsesivo-

Scanned with CamScanner

fobice grave și rezistente la tratament, precum și în unele afecțiuni somatice cronice, însoțite de dureri insuportabile (neoplasme, nevralgii trigeminale etc.). *Contraindicații.* Ele se rezumă la afecțiuni somatice grave; vîrsta constituie o contraindicație relativă, avîndu-se în vedere pericolul hemoragiilor cerebrale prin fragilitate vasculară crescută a persoanelor peste 60 ani sau în ASC. *Rezultate.* Evaluarea rezultatelor este dificilă, statisticile existente dînd procente variate. Se apreciază că rezultatele favorabile s-ar apropia de 50%, restul fiind ameliorări sau eșecuri. Cele mai bune rezultate s-au obținut în stările depresive (56%) și cele mai slabe în schizofrenie (12%), după David și colab. (1952). În general, rezultatele sînt cu atît mai bune cu cît boala este mai recentă, eficiența maximă a intervenției fiind dată de cazurile care aveau 6 luni—2 ani de la îmbolnăvire. Astăzi P. este privită cu multă rezervă; rezultatele la distanță (10—20 ani și peste) nu depășesc semnificativ procentul remisiunilor spontane și sînt net inferioare celor obținute prin terapii biologice și psihofarmacologice. De aceea metoda este abandonată în majoritatea țărilor — între care și țara noastră —, P. fiind considerată ca mutilantă, periculoasă și cu rezultate îndoielnice. (2)

PSIHODISLEPTICE. Sînt substanțe care se mai numesc psihopato- sau psihozomimetice, psichedelice, fantastice sau halucinogene. Ele deviază de la normal activitatea psihică (Delay și Deniker). Sub acțiunea lor se produc stări psihotice mai mult sau mai puțin reversibile, similare cu cele din schizofrenie (substanțe schizofreno-mimetice). Astfel pot apărea tulburări de percepție cum sînt iluziile și halucinațiile, tulburări de gîndire, stări onirice, depersonalizare și derealizare, modificări afective etc. În cursul acțiunii lor se mai produc diferite tulburări neurovegetative și psihomotorii. P. produc aceste acțiuni la doze foarte reduse (uneori cîteva μg/kg, ca în cazul LSD-ului), deosebindu-se prin aceasta de acțiunea unor alcaloizi întrebuințați în terapeutică (cocaină, atropină) care pot determina, la rîndul lor, tulburări, dar numai după doze mari sau în caz de intoxicații. P. se clasifică, după Waser (1971), în felul următor: aminoacizi și amine (ac. ibotenic, muscimol); derivați de dibenzopiran (tetrahidrocannabinol); derivați de feniletilamină (mescalină, amfetamină și derivații săi, produsul V—111 etc.); derivați de indol sau triptamină (LSD, bufotenină, psilocibină, psilocină); derivați de piperidină și glicolesteri (Ditran, Sernyl). Simptomele produse de P. pot fi antagonizate cu fenotiazine și butirofenone. Aceste substanțe sînt utilizate în practici reli-

Scanned with CamScanner

gioase sau în terapia empirică a unor popoare primitive sau a unor triburi. Folosirea abuzivă de către toxicomani a P. şi consecinţele grave faţă de individ şi societate constituie un adevărat flagel în unele ţări din apus. P. pot pune în evidenţă simptomatologia unei boli psihice inaparente. P. au importanţă pentru psihofarmacologie, deoarece, cu ajutorul lor se pot determina „psihoze model", adică psihoze produse experimental permiţînd studiul mecanismelor fiziopatologice şi aspectele clinice generale întîlnite în psihoze. Menţionăm doar constatarea că prin metabolizarea mescalinei se produce ac. trimetoxifenilacetic, care este apropiat ca structură chimică de 3, 4 dimetoxifeniletilamina (DMPEA), care apare în urina schizofrenilor (Friedhoff şi colab.). Un alt exemplu este dat de acţiunea ditranului. Acesta blochează mecanismele colinergice centrale şi determină tulburarea activităţii SNC. Efectul său poate fi combătut cu ajutorul unui anticolinesterazic, tetrahidroaminoacridina (TAH, Tacrine(R)) (Bell şi colab.). Aceste cîteva exemple ilustrează rolul P. în elucidarea unor mecanisme de producere a tulburărilor psihice (alte ex. au fost date la HAŞIŞ şi LSD). Unii autori (A. K. Busch şi colab., 1950, H. Leuner şi colab., 1962) au încercat să introducă halucinogenele în psihoterapie (LSD, psilocibină), dar metoda, pe lîngă faptul că nu are avantaje, este de-a dreptul periculoasă, fapt pentru care a fost primită cu mari rezerve şi scepticism de majoritatea psihiatrilor. (5)

PSIHOENERGIZANT. v. PSIHOTON

PSIHODRAMA. Tehnică psihoterapeutică de grup, iniţiată de J. Moreno (1921) (sociolog şi psihiatru american de origine română); pornind de la aspectele terapeutice de grup ale sociometriei (al cărui fondator este), Moreno apelează, în cadrul P., la jocul dramatic liber, improvizat, de un grup de bolnavi, la tendinţele ludice, simbolismul teatral, „rol", relaţiile scenă-public (după Gayral). Esenţialul acestei metode terapeutice (care se aplică atît la copii cît şi la adulţi) îl constituie exteriorizarea trăirilor psihice ale bolnavului, a gîndurilor personale în cursul improvizaţiei scenice (pornind de la o temă dată) şi analiza lor în grup, cu ajutorul psihoterapeutului. Psihodrama caută să elibereze şi să dezvolte activ spontaneitatea, să creeze relaţii de grup, oferind posibilitatea analizării, înţelegerii şi transformării subiecţilor. Exteriorizarea făcîndu-se la modul ludic, este o metodă neanxioasă de exprimare a conflictelor personale. La noi în ţară a fost aplicată de A. Dan, iar A. Mihu a scris o monografie în acest sens. Prin comparaţie cu efectul

Scanned with CamScanner

cathartic (de eliberare) al scenelor dramatice asupra spectatorilor (cunoscut de la Aristotel), metoda lui Moreno extinde acest efect binefăcător al teatrului chiar asupra actorilor (bolnavilor), care trebuie să fie cît mai spontani, să-şi joace propriul lor personaj. Lebovici şi Diatkine utilizează P. pentru un singur pacient. Desfăşurarea terapeutică a P. reclamă trei etape: *preparatorie* (de discuţie, prezentare, pregătire a temei şi a rolurilor), *de prezentare teatrală* (punere în scenă, dialog, recuzită) şi *de dezbatere în cadrul grupului.* (3, 7)

PSIHOFARMACOLOGIE. Termen introdus în ştiinţele biologice (1956) referitor la o nouă ramură a farmacologiei clinice şi experimentale, care se ocupă cu studiul substanţelor psihotrope, urmărind influenţa acestor agenţi farmacodinamici asupra proceselor psihice normale şi patologice. P. este o ştiinţă medicală complexă interdisciplinară care, aplicînd metodele ştiinţelor biologice (biofizică, biochimie, neurofiziologie, psihofiziologie etc.), testele şi metodele farmacologiei şi psihologiei stabileşte acţiunea medicamentului psihotrop asupra proceselor complexe care determină activitatea nervoasă superioară; în acelaşi timp oferă un mijloc de cercetare a funcţiilor psihice, a substratului tulburărilor psihice şi constituie o componentă importantă a arsenalului terapeutic al bolilor psihice. În acest sens este un capitol al psihiatriei (farmocopsihiatrie) care se interesează, în afară de aspectul terapeutic menţionat, şi de tulburările psihice pe care le pot determina substanţele chimice (psihozomimetice). Acestea permit studiul psihozelor experimentale sau „model" şi a tratamentului lor. Începuturile P. sînt vechi odată cu folosirea empirică a drogurilor care influenţează activitatea psihică. Acestea se utilizau şi în scopuri de savurare (haşiş, opiu, peiot etc.) sau mistice. Epoca ştiinţifică începe cu aplicarea unor substanţe, în cursul secolului trecut, pentru vindecarea unor simptome ale bolilor psihice (bromurile, diverse hipnotice etc.). Epoca modernă începe odată cu introducerea clorpromazinei (4560 R.P.) în clinica psihiatrică, în 1952, de Hamon şi colab. precum şi de către Delay şi Deniker. Aceştia folosesc, pentru prima oară, termenul de neuroleptic. În 1954 Kline descrie rezultatele utilizării rezerpinei în neuropsihiatrie. În aceeaşi perioadă apar şi tranchilizantele. Studiul antidepresivelor şi a IMAO este deschis, în 1952 (Delay şi colab.), prin izoniazidă, urmată de iproniazidă, în 1958 (Kline). În 1957, Kuhn cercetează efectul imipraminei (G. 22355), primul antidepresiv triciclic. Neurolepticele au fost utilizate iniţial în alte scopuri (de ex., în 1952, Laborit folosea clorproma-

Scanned with CamScanner

zina ca stabilizator vegetativ pentru hibernație artificială; rezerpina era indicată inițial pentru tratamentul bolii hipertensive, iar iproniazida se aplica în TBC, ca tuberculostatic). Ulterior s-a descoperit efectul psihotrop, fiind meritul clinicienilor de a fi sesizat acest aspect. Primele cercetări farmacologice de anvergură asupra clorpromazinei le-au făcut Courvoissier și colab. (1953), iar pentru imipramină Domenjoz și colab. (1959), acestea fiind în același timp modele de screening în acest domeniu. La cel de al doilea Congres Internațional de Psihiatrie de la Zürich, în 1957, s-a constituit Colegiul Internațional de Neuropsihofarmacologie. (5)

PSIHOFARMACON (Psychopharmakon). Denumire mai rar utilizată pentru desemnarea medicamentelor psihotrope (v. PSIHOTROPE). Pentru prima oară acest termen a fost utilizat de Reinhard Lorichius (1548) care a dat și o definiție: „Psychopharmakon hoc est: medicina animae". (5)

PSIHOFOBIE. v. FOBIE

PSIHOGEN. Orice factor stressant de ordin psihic. (7)

PSIHOGENĂ, HALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚIE

PSIHOIGIENĂ. v. IGIENA MINTALĂ

PSIHOLEPTIC. v. PSIHOTROP

PSIHOLOGICĂ, HALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚIE

PSIHOMIMETICE. v. PSIHODISLEPTICE

PSIHOMOTOR, DELIR, HALUCINAȚIE, v. DELIR și HALUCINAȚIE

PSIHONEUROZĂ. Termen cu circulație restrînsă prin care se circumscriau toate entitățile clinice interferențiale situate între neurozele clasice și psihozele binecunoscute. P. are deocamdată un cadru controversat și o extindere foarte diversă. (7)

PSIHOPATIE. Este o entitate nozografică limitrofă normalului, în care trăsătura cea mai caracteristică o formează tulburările de adaptare la ambianța familială și socio-profesională. Descrisă în 1835 de Pritchard sub denumirea de „moral insanity", P. mai este astăzi cunoscută și sub următoarele denumiri: anetopatie, caracteropatie, dezechilibru mintal, milioză, oligotimie, personalitate aberantă, personalitate anormală, sociopatie etc. *Etiopatogenia* P. nu este încă pe deplin elucidată. Trillat spunea că psihopatia este rezultanta unor cauze exo- și endogene multiple și diverse, iar Tramer considera intricația factorilor ereditari cu cei de mediu, similar cu cele două fețe ale unei linii concave. Suhareva a diferențiat participarea factorilor ereditari în trei categorii: *categoria A* — în care datorită unor întîrzieri în ritmul general de dezvoltare a SNC

Scanned with CamScanner

se întrevăd semnele constante de infantilism psihic, *categoria B* — în care se produce o dezvoltare disproporţională, inegală a diverselor părţi componente a SNC şi *categoria* C unde se pot decela tulburări lezionale grave, encefalopatii, etc. Bilikievici acordă o mare importanţă anoxiei (mai ales pre- şi postnatale), Sandberg a găsit alteraţii frecvente de cariotip, Grozdea şi Colombiers subliniază prezenţa unor modificări enzimatice (fosfataze alcaline, mieloperoxidaze etc.), pe cînd Oppenheimer şi Thompson presupun că în P. există o serie de tulburări şi deficienţe în circuitele talamo-prefrontale. Vidal consideră că în orice P., pe lîngă factori ereditari, mai participă factori organici din prima copilărie (encefalopatii, tr.cr.cr., infecţii, intoxicaţii), şi factori socio-familiali. Din analiza mai atentă a familiei se poate constata, pe de o parte, o adevărată „amprentă a anormalităţii" (mai mulţi membri cu diverse tulburări psihice), precum şi un sistem de creştere şi educaţie în mare măsură deficitar care în loc să ajute persoana îi amplifică insuficienţa sa de adaptare. Educaţia intrafamilială excesivă (foarte severă sau prea tolerantă), contradictorie, inegală, rapsodică, la întîmplare, superficială etc. are consecinţe importante asupra dezvoltării P. Se ştie dealtfel că 2/3 din copii cu tulburări de comportament, provin din cadrul unor familii dezorganizate (concubinaj, divorţ, abandon). *Simptomatologie.* În decursul dezvoltării P., se pot pune în evidenţă o serie de elemente semnificative pentru conturarea sa viitoare. Încă în prima copilărie (0—3 ani) apar prodoamele, traduse prin crize paroxistice şi, evident nemotivate, de plîns, strigăte, împreună cu o serie de greutăţi în însuşirea corectă a unei conduite igienice, alimentare etc. Perioada preşcolară (3—6 ani) este marcată printr-o serie de simptome ce pot deveni, prin repetarea lor, semnificative (tulburări în jocurile de grup, mutism, conduită de protest, clastomanie etc). Primele elemente indicatoare pentru o viitoare P. sînt însă prezente în perioada şcolară mică (6—10 ani), unde copilul este etichetat ca un copil „problemă" (gălăgios, neatent, inegal, preocupat aproape exclusiv de distracţii, pasionat al cinematografului, T.V.-ului etc.). În vîrstă şcolară medie (10—14 ani), se pun în evidenţă o serie de elemente care prefigurează diagnosticul de P (neascultare, neglijenţă, fugă, vagabondaj, furturi, bătăi etc). În perioada adolescenţei, se remarcă mai greu trăsăturile caracteriale pe care le prezintă; este însă caracteristic acestei perioade — în contrast cu tinerii normali — lipsa unor preocupări prin-

Scanned with CamScanner

cipale pentru un ideal, pentru o profesiune corespunzătoare, precum şi o mare atracţie exercitată de toate formele de amuzament, de distracţie în care îşi risipeşte timpul şi energia; începe de asemenea să consume mult şi în exces băuturi, să fumeze, să abuzeze de tranchilizante sau stimulente, să joace cărţi, să organizeze bande pentru huliganism, furturi, escrocherii etc. Odată cu maturitatea se conturează şi adevăratul tablou psihopatologic. În cadrul funcţiilor cognitive, surprinzător de bine dezvoltate, se constată o insuficientă direcţionare constantă a achiziţiilor de valoare. P. învaţă repede, dar anarhic şi inegal; nu are răbdare să progreseze metodic, bazîndu-se pe succese rapide strălucitoare şi pe o adevărată „logică a prezentului" — unde satisfacerea imediată este unicul scop. De aceea, eşecul său profesional este previzibil, cu atît mai mult cu cît suferă de o adevărată „miopie socială", datorită căreia repetă chiar cu candoare aceleaşi greşeli fără a se folosi nici de experienţa sa nici de a celorlalţi; în acelaşi timp este lipsit de prudenţă şi prevedere. Pedepsele nu au ecou, pentru că autocritica şi anxietatea lipsesc spre a se controla, autocorecta sau a avea remuşcări. Prietenii sînt rari şi sporadici; P. nu leagă decît frînturi de amiciţie, bazate mai ales pe aventuri. Cekley subliniază inabilitatea psihopatului de a diferenţia, în suficient de clară măsură, binele de rău şi adevărul de minciună, precum şi faptul că el posedă o adevărată pulsiune elementară de a face numai ce-i place. G. Thompson consideră P. un adevărat „handicapat social", din cauza conflictelor sale multe, inevitabile, care se desfăşoară strident şi, de cele mai multe ori, se încheie în defavorul său. Deniker, Sempe vorbesc de o reactivitate psihosocială crescută la P., de unde ar deriva o susceptibilitate electivă şi un răspuns disproporţionat şi dezorganizat la orice solicitare. Întregul comportament este polarizat spre egoism (egolatrie, după P. Brînzei), de unde rezidă şi o anumită rigiditate şi opoziţie în orice situaţie, deoarece P. se simte mereu obligat să-şi dovedească drepturile sale cu orice preţ. Noyes şi Kolb au arătat că P. cere mult şi dă puţin pentru că este prea satisfăcut de sine însuşi, spre a-l mai interesa şi altceva. *Evoluţie.* Direcţia de dezvoltare a unei P. este în funcţie de a). condiţiile ambianţei în care trăieşte (contextul socio-cultural, profesional); b). factorii „nocivi" intercurenţi (infecţii, intoxicaţii, tr.cr.cr.); c). familia din care provine şi pe care şi-o organizează; d). precocitatea diagnosticului şi eficienţa metodelor psihopedagogice şi medicale aplicate. *Clasificare.* După Kahn, P. poate fi clasi-

Scanned with CamScanner

ficată (din punct de vedere evolutiv) în *P. permanentă, P. episodică* (oscilații mari mai ales la pubertate și climax, denumite de K. Schneider reacții intermitente) și *P. periodice*, de factură distimică. Borel a împărțit P. după intensitatea simptomelor în *P. ușoară, P. medie* și *P. gravă*, în timp ce majoritatea psihiatrilor adoptă o clasificare bazată pe simptomul dominant. La Conferința Națională de Psihiatrie din București (1969) s-au acceptat următoarele forme clinice mai bine individualizate de P.: *P. astenică* (pseudoneurotică), cu două variante — autistă-schizoidă și calculat (rece); *P. excitabil-exploziv*, cu variantele instabil și epileptoid; *P. impulsiv, P. isteric, P. paranoiac*, cu variantele hiperstenică (revendicativ, cverulatoriu, procesoman, fanatic) și hipostenică (bigoți, mistici, sectanți); *P. perversă* (conduite sexuale aberante); *P. psihastenică* și *timopatie* cu variantele hipertimică (hipomaniacali, depresivi) și hipotimică (hipocondriacă). *Diagnosticul diferențial* al P. se face cu stările psihopatoide, unde se poate pune întotdeauna în evidență un debut postlezional, postinfecțios, posttraumatic etc; cu debilitatea mintală dizarmonică, la care există un deficit de inteligență; cu neurozele, unde suferința este trăită la un mod catastrofal; cu epilepsia, în care apar crizele convulsive, modificările EEG; și cu debutul de schizofrenie, unde începutul instalării tulburărilor de comportament este precedat de o stare cu încadrarea familială și socio-profesională sau școlară normală. Foarte frecvent P. duce spre o farmacodependență sau spre alcoolism; în ambele cazuri, tulburările de comportament se agravează. Borel a arătat că uneori P. se complică cu psihoze (schizofrenie, parafrenie) care vor părea clinic atipice datorită modificărilor proprii ale P. *Tratament.* Dacă acceptăm afirmația lui Ajuriaguerram că o imaturitate prelungită este o dismaturitate, se înțelege importanța unui tratament cît mai precoce și mai ales de model psihagogic. Copiii cu tulburări de comportament vor fi educați cu ajutorul unor metode speciale cît mai adecvate, prin care să se corecteze tulburările existente. O altă latură importantă în cadrul P. este încadrarea sa profesională atent supravegheată. Chimioterapia a dat pînă în prezent rezultate modeste și este mai mult simptomatică. Utilizarea în cursă lungă a Neuleptilului (2—3 comprimat/zi, timp de 3—6 luni) trebuie să fie bine supravegheată. *Expertiza medico-judiciară* în cazul P. ridică probleme delicate, ceea ce reclamă o foarte precisă cunoaștere a structurii P. și a faptei comise pentru a decide, în conformitate cu legea, pentru o soluție cît mai adecvată la cazul respectiv. (7)

Scanned with CamScanner

PSIHOPATIZARE. Termen folosit de unii psihiatri, ca Bellak, Cremerius, Nyirö, spre a descrie tulburările de comportament, care apar și se dezvoltă în cursul unei neuroze cu evoluție prelungită. (7)

PSIHOPATOIDĂ, STARE, sin. PSEUDOPSIHOPATIE, STARE PSIHOPATIFORMĂ, PSIHOPATIE ORGANICĂ, PSIHOPATIE SIMPTOMATICĂ. Spre deosebire de psihopatia adevărată sau nucleară, S.P. este produsă de factori cauzatori decelabili, care modifică structura normală a persoanei. În cadrul S.P. sînt cuprinse: a). S.P. postlezionale — de dezvoltare — produse de factori toxici, infecțioși, traumatici etc., care acționează în perioada primei copilării; b). S.P. de regresie, în care factorii etiopatologici acționează după maturitate, producînd modificări ale persoanei (alcool, drog, tr.cr.cr. etc). Se mai pot întîlni episoade psihopatiforme în debutul unei schizofrenii, a unei psihoze periodice etc. (7)

PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ. Ramură a psihologiei, cunoscută și sub denumirea de defectologie, în a cărei sferă de preocupări este cuprinsă, în general, problematica psihologică a deficienților senzoriali, motori sau psihici, ce vizează dezvoltarea psihică, activitatea instructiv-educativă și de muncă a acestora. Problemele particulare ale psihopedagogiei speciale se concretizează în discipline ca: surdopsihologia, tiflopsihologia, oligofrenopsihologia, logopedia. Psihologii clujeni, și în special Al. Roșca, au contribuit la dezvoltarea P.S. (6)

PSIHORIGIDITATE. Tulburare de caracter manifestată prin lipsa unei supleți adaptative normale, prin folosirea unei conduite neadecvate, de opoziție, de refuz, de neacceptare a unei soluții etc. P. survine mai ales la oligofreni și psihopați. (7)

PSIHOORTOPEDIE. Metodă psihoterapeutică avînd drept obiectiv principal restabilirea posibilităților de inserție socioprofesională a bolnavului. (7)

PSIHOSENZORIALĂ, HALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚIE

PSIHOTAXIE. Termen care aparține lui V. Moore (1924) și definește tendința omului de a căuta situațiile agreabile și de a ocoli sau înlătura, pe cît posibil, situațiile tensionale, neplăcute. (7)

PSIHOTERAPIE. Ansamblul de mijloace psihologice prin care se acționează asupra tulburărilor psihice și fizice ale bolnavilor. În psihiatrie, P. reprezintă o metodă principală de tratament; ea se mai poate aplica în toate specialitățile medicale și chirurgicale care beneficiază în largă măsură de rezultatele sale. Cu toate că științific P. este relativ recentă,

Scanned with CamScanner

ideile fundamentale ce stau la baza P. au fost consemnate de multă vreme (Hipocrate, Soranus, Galenus etc). Personalități reprezentative ale psihiatriei figurează printre precursorii P. (Ph. Pinel, W. Tucke, Breid, Charcot, Bernheim, Liebault, Janet, Freud, Adler etc). Prin interesul manifestat față de hipnotism, ei au descris largi posibilități P. în contextul metodelor moderne de tratament. Psihanaliza este o P. ce investighează „adîncimile" psihismului și prin aceasta caută rezolvarea conflictului. Tehnicile actuale de P. au fost mai mult sau mai puțin influențate de psihanaliză, unele derivînd direct din ea (Jung, Adler, Binswanger, psihoterapia nondirectivă a lui Carl Rogers și altele). P. se desfășoară în spațiul antropologic al interrelației umane, căutînd să descopere semnificația simptomului din boală și străduindu-se să vadă cît și ce a mai rămas normal pentru a putea acționa mai eficient. Acest fapt permite fixarea unei metodologii psihoterapeutice apropiate de realitatea clinică și de contextul socio-familial al bolnavului. P. are în primul rînd valoare ca act uman de comprehensiune și ajutor, deoarece: „medicina vindecă uneori, ușurează deseori, dar mîngîie întotdeauna". P. trebuie să formeze temelia conduitei medicale; punctul de rezistență constituindu-l relația medic-pacient, ceea ce presupune cunoștințe temeinice. În acest sens, Bechterew spunea: „dacă pacientul după ce a stat de vorbă cu medicul nu se simte mai bine, înseamnă că acesta nu este un medic". *P. analitică.* Metodă elaborată de Freud, constă în utilizarea sistematică a asociației libere de idei, prin care se conștientizează potențialul psiho-afectiv al persoanei. Boala psihică, în general, și neuroza, în special, este interpretată ca o regresiune sau o oprire în dezvoltare a psihismului. *Indicații:* neurozele, în special obsesivă, isterică, neuroza fobică și sexuală (impotența psihogenă). Bolnavii să nu depășească 50 de ani, iar intelectul să fie în limite normale. Pentru a fi eficientă, psihanaliza implică o bună cunoaștere a bolnavului și a stării sale somato-psihice, corelată cu o înaltă pregătire profesională a medicului. Multe eșecuri apar din necunoașterea tehnicii P. psihanalitice, care pretinde că bolnavul să dorească vindecarea, deci să-și recunoască boala, și în timpul ședințelor să dovedească o sinceritate deplină și o colaborare strînsă cu psihoterapeutul. În funcție de gravitatea bolii, ședințele pot fi stabilite de la una pînă la 4—6 pe săptămînă. Medicul, la rîndul său, trebuie să fie sincer cu el însuși, să-și dea seama de sentimentele și resentimentele care le încearcă; să posede stăpînire de sine pentru a depăși situațiile

Scanned with CamScanner

dezagreabile şi să se debaraseze de „scotoamele lui psihice", aşa cum spune Lafargue-Allendy (citat de Popescu-Sibiu). Ţelul psihanalizei este sondarea inconştientului bolnavului în vederea găsirii „complexelor", cauzele adevărate ale bolii şi aducerea lor în planul conştiinţei. Odată descoperite şi cunoscute, ele vor fi discutate şi raţionalizate de bolnav cu ajutorul psihiatrului. Tehnica psihanalizei are mai multe variante: a). Metoda asociaţiei libere de idei (spontane) a lui Freud, în care pacientul, culcat pe o canapea, este invitat să spună tot ce-i vine în gînd (în ordinea apariţiei spontane a ideilor, indiferent de valoarea acestora). La început şedinţele se desfăşoară cu dificultate; bolnavul, involuntar va expune idei neînsemnate, se va poticni, va tăcea, va cere lămuriri sau va pune întrebări. Psihoterapeutul nu trebuie să răspundă, îndemnînd însă bolnavul să continuie. Treptat acesta se va obişnui cu ambianţa şi cu medicul, atmosfera devenind tot mai favorabilă desfăşurării analizei. Ideile expuse de bolnav devin treptat mai numeroase şi se referă la situaţii intime, reactualizîndu-se amintiri vechi etc. Cînd volumul informaţiilor este suficient de bogat şi de semnificativ, se trece la conştientizarea şi raţionalizarea momentelor psihotraumatizante, care au determinat formarea complexelor, şi odată cu aceasta la lichidarea lor. b). Metoda asociaţiei verbale a lui Jung-Riklin, se bazează pe „cuvinte-stimulente". Acestea sînt în fapt cuvinte „teste", faţă de care bolnavul trebuie să spună prima idee care-i vine în minte prin asociaţie. Cuvintele trebuie să fie simple, scurte şi uzuale, dar cu mai multe semnificaţii, fapt care permite constatarea acelora care prezintă valoare pentru bolnav. Interesează şi timpul de reacţie, adică perioada de latenţă (măsurabilă cu ajutorul unui cronometru). Jung a studiat în detaliu procesul intim al asociaţiei verbale, iar Jones a stabilit mai multe tipuri de asociaţii: *intrinsece*, prin continuitate, *extrinsece*, prin contiguitate, *asociaţii tonale şi raporturi mixte* (Popescu-Sibiu). Calitatea acestor asociaţii este în funcţie de nivelul intelectual, de vîrstă, de diagnostic, de structura persoanei. Jung deosebeşte două tipuri: 1). tipul obiectiv, care dă răspunsuri determinate de sensul real şi comun al cuvîntului, şi 2). tipul subiectiv, la care intervine substanţial factorul emoţional. Interpretarea acestor asociaţii derivă din constatarea că procesul asociativ este influenţat de „complexele" refulate, perturbînd cursul asociaţiilor ideo-afective. Această perturbare, Jung o numeşte „revelatoare de complexe". Astfel, cu ajutorul asociaţiilor, „complexele" cauzatoare de tulburări psihice sînt descoperite şi lichidate. c). Oniroanali-

Scanned with CamScanner

za, tehnică de interpretare a conținutului viselor, exprimă, după Freud, în echivalențe simbolice, dorințele refulate și în general fondul vieții inconștiente. Tratamentul constă în „descoperirea" elementelor visului așa cum a fost narat de bolnav. Metoda pretinde multă experiență din partea psihanalistului, atît în interpretarea visului, cît și în discutarea și raționalizarea lui. În această a doua parte, bolnavul trebuie să aibă libertatea raționalizării, deci a lichidării presupusului conflict. Din informațiile statistice, cele mai bune rezultate sînt obținute în domeniul neurozelor (între 48—63%, după Knight, citat de H. Ey). Aceleași aprecieri în psihosomatoze (78,1%); în schimb psihozele beneficiază în mică măsură de acest tip de psihoterapie (25%). *Inconveniente.* Terapia psihanalitică durează în medie 8—12 luni (uneori chiar mai mult), într-un ritm de 2—3 ședințe pe săptămînă. Este laborioasă și pretinde o amănunțită cunoaștere a teoriei psihanalitice pentru a se evita erori care compromit rezultatul. Psihanaliza lasă însă loc deschis multor interpretări, datorită imensei varietăți de simboluri complexe, interacțiuni psiho-fizice etc., cu care este împănată. Acesta este și motivul principal pentru care Freud, de multă vreme, în scopul obținerii unui plus de obiectivitate, recomandă „autoanaliza didactică" fiecărui medic psihanalist. În plus, așa cum amintea Popescu-Sibiu, ea este o terapie aplicabilă cu precădere subiecților cu o bună pregătire școlară. Fiind o formă de P. individuală, complicată, în ședințe săptămînale și de lungă durată, psihiatrul nu se poate ocupa decît de un număr limitat de bolnavi. Ca o consecință a unei tehnici defectuoase, pot apare neurozele de transfer, care exprimă dependența bolnavului față de psihanalist. În concepția *P. elaborată de Adler*, neuroza rezultă din opoziția dintre „a voi" și „a putea"; dintre voința de a putea și sentimentul inferiorității (de a nu putea în măsura dorinței). P. lui Adler ține seama de aspectele sociale și educative. Analiza are ca scop o mai bună adaptare socială, la care se ajunge prin reeducare. Pentru aceasta și spre deosebire de P. concepută de Freud (ortodoxă), psihoterapeutul joacă un rol activ. Din multe puncte de vedere, P. adleriana seamănă cu o veritabilă psihopedagogie, fiind deosebit de utilă în pedopsihiatrie. *P. lui Jung* aduce modificări nu numai în teoria psihanalitică, ci și în tehnica terapeutică analitică. Spre deosebire de Freud, el acordă prioritate inconștientului. P. lui Jung se bazează pe analiza viselor și a producțiilor grafice, care ar permite medicului să descopere elementele inconștientului. Datele obținute sînt interpretate în legătură cu tematica arhetipală, prin me-

Scanned with CamScanner

toda amplificării. Cu ajutorul, şi pe baza simbolurilor, psihoterapeutul încearcă să influenţeze personalitatea bolnavului, trecînd prin mai multe etape: conştientizarea măştii sociale. Eul şi Sinele — lumea instinctelor, — după care urmează un şir de prelucrări psihologice, care au drept scop lichidarea simptomelor neurotice (prin catarsis, educaţie şi metamorfozare a personalităţii). Metoda lui Jung îşi găseşte utilitatea la persoane mai vîrstnice, prezentînd tablouri depresive, deoarece apelează la fondul de înţelepciune şi înţelegere, la preocupările obişnuite acestei etape din viaţă. *Artterapia* este o formă de psihoterapie, care urmăreşte obţinerea descărcării emoţionale prin intermediul picturii sau sculpturii. Bolnavul este invitat să picteze după dorinţă, spontan. Există şi o variantă de grup, la care participă mai mulţi bolnavi, ei trebuie să lucreze în acelaşi timp pe un carton sau pînză mai mare. În această modalitate de artterapie, bolnavii se stimulează reciproc instalîndu-se un veritabil spirit de grup adesea, cu nuanţă competitivă. Rezultatul activităţii artistice, fie individuale, fie de grup, constituie în continuare pretextul unor discuţii libere între bolnavi, sub îndrumarea discretă a psihoterapeutului. Artterapia este o metodă folosită în toate unităţile spitaliceşti mari, precum şi în ambulatorii. Laboratorul de psihoprofilaxie poate constitui cadrul instituţional propice pentru artterapie în condiţii de ambulator sau staţionar de zi. De artterapie beneficiază cu frumoase rezultate şi pedopsihiatria. *P. catarctică* însumează un grup de metode şi tehnici P. care au la bază efectul terapeutic bun al „confesării" trăirilor psiho-afective. Se realizează o veritabilă „descărcare" afectivă sau ceea ce, în termeni de specialitate, se numeşte catarzis. Efectul catartic poate fi potenţat prin administrarea unor doze mici de hipnotice (ex. amitalul sodic i.v.). *P. colective* deplasează relaţia binară, transformînd-o într-un grup plasat în interiorul unei ambianţe psihosociale, create în scop terapeutic. La originea P. colective stă realizarea lui Pratt care, în SUA, a organizat grupuri pentru tuberculoşi (1905). Ulterior o serie de psihiatri, mai ales din SUA, Anglia, Franţa, Germania, aduc contribuţii substanţiale la elaborarea unor tehnici de P. colectivă (Slavson, Foulkes, Lebovici, Lagache, Sutherland, Diatkine ş.a.). Preluînd definiţia lui Cornaton, citat de H. Ey, grupul este „un ansamblu de oameni în relaţie reciprocă"; indivizii care îl compun avînd comun relaţii, comunicare, interreacţii, o organizare, interese, un scop, valori şi norme, un limbaj. În sfîrşit, grupul presupune o durată oarecare

Scanned with CamScanner

măsurabilă în timp. Grupul cîştigă atributul de terapeutic în momentul în care favorizează psihoterapia unuia sau a mai multor bolnavi. Metoda se bazează pe noţiunea de rol, echilibru şi dinamică de grup. *Curele colective de somn* au fost introduse relativ recent în practică (1958). Somnul colectiv se realizează în grupe mici de bolnavi (5—7), care încep şi sfîrşesc împreună tratamentul. S-a observat că, şi în aceste condiţii, se obţine spirit de grup de reală valoare psihoterapeutică, în cazul că este corect utilizat. Se citează rezultate favorabile în nevroze şi în debuturile de schizofrenie. *Daseinsanalyse.* Este rezultatul cercetărilor lui Ch. Blondel, L. Bisnwanger şi Minkowski, inspirate din conceptele fenomenologic şi existenţialist. Constă în abordarea complexă a subiectului; se va analiza structura eului, locul şi deplasarea lui în lume şi, în final, „deschiderea" spre lume, direcţia mişcării, posibilităţile şi perspectivele pentru viitor. Acest tip de analiză schiţează o veritabilă biografie interioară, care ar dezvălui modalitatea existenţială a individului, poziţia şi atitudinea lui în timpul şi spaţiul trăit; este de mare profunzime şi fineţe, prin comuniunea afectivă şi intercomunicarea medic-pacient, Daseinsanalyse reuşeşte maturarea, echilibrarea şi mai buna articulare socială a bolnavilor şi în plus, aduce o mare bogăţie de informaţii privind mecanismele construirii personalităţii. *Ergoterapia.* În sensul cel mai larg, prin ergoterapie se înţelege terapia prin muncă, avînd ca obiectiv resocializarea bolnavilor psihici. Folosind resursele psihice restante, ergoterapia le valorifică în activităţi organizate şi utile, pentru care bolnavul este stimulat şi gratificat. Ergoterapia, afirmă Al. Popescu, „are la bază semnificaţia intrinsecă a muncii în procesul de reinserţie profesională şi socială a bolnavului". Ea, se spune mai departe, „trebuie să ducă la formarea unor stereotipuri dinamice, iar ulterior, prin intermediul unei activităţi productive remunerate şi condusă medical, să se ajungă la o reabilitare socială". Ergoterapia rămîne un mijloc eficient de combatere a hospitalismului şi de creare a unei ambianţe umanizate. Firește ergoterapia necesită un cadru organizatoric instituţionalizat şi o dotare tehnico-materială corespunzătoare. Indicaţiile ergoterapiei sînt stabilite de psihiatru în funcţie de diagnostic (de obicei psihoze), de starea psihică şi somatică a bolnavului, deprinderi, profesiune. Este foarte important şi necesar ca bolnavul să înţeleagă rostul acestei terapii şi valoarea beneficiului ce-l poate obţine. În mod obişnuit, ergoterapia se desfăşoară în ateliere de tîmplărie, pantofărie, olărie, de reparaţii (lăcă-

Scanned with CamScanner

măsurabilă în timp. Grupul cîştigă atributul de terapeutic în momentul în care favorizează psihoterapia unuia sau a mai multor bolnavi. Metoda se bazează pe noţiunea de rol, echilibru şi dinamică de grup. *Curele colective de somn* au fost introduse relativ recent în practică (1958). Somnul colectiv se realizează în grupe mici de bolnavi (5—7), care încep şi sfîrşesc împreună tratamentul. S-a observat că, şi în aceste condiţii, se obţine spirit de grup de reală valoare psihoterapeutică, în cazul că este corect utilizat. Se citează rezultate favorabile în nevroze şi în debuturile de schizofrenie. *Daseinsanalyse.* Este rezultatul cercetărilor lui Ch. Blondel, L. Bisnwanger şi Minkowski, inspirate din conceptele fenomenologic şi existenţialist. Constă în abordarea complexă a subiectului; se va analiza structura eului, locul şi deplasarea lui în lume şi, în final, „deschiderea" spre lume, direcţia mişcării, posibilităţile şi perspectivele pentru viitor. Acest tip de analiză schiţează o veritabilă biografie interioară, care ar dezvălui modalitatea existenţială a individului, poziţia şi atitudinea lui în timpul şi spaţiul trăit; este de mare profunzime şi finețe, prin comuniunea afectivă şi intercomunicarea medic-pacient, Daseinsanalyse reuşeşte maturarea, echilibrarea şi mai buna articulare socială a bolnavilor şi în plus, aduce o mare bogăţie de informaţii privind mecanismele construirii personalităţii. *Ergoterapia.* În sensul cel mai larg, prin ergoterapie se înţelege terapia prin muncă, avînd ca obiectiv resocializarea bolnavilor psihici. Folosind resursele psihice restante, ergoterapia le valorifică în activităţi organizate şi utile, pentru care bolnavul este stimulat şi gratificat. Ergoterapia, afirmă Al. Popescu, „are la bază semnificaţia intrinsecă a muncii în procesul de reinserţie profesională şi socială a bolnavului". Ea, se spune mai departe, „trebuie să ducă la formarea unor stereotipuri dinamice, iar ulterior, prin intermediul unei activităţi productive remunerate şi condusă medical, să se ajungă la o reabilitare socială". Ergoterapia rămîne un mijloc eficient de combatere a hospitalismului şi de creare a unei ambianţe umanizate. Firește ergoterapia necesită un cadru organizatoric instituţionalizat şi o dotare tehnico-materială corespunzătoare. Indicaţiile ergoterapiei sînt stabilite de psihiatru în funcţie de diagnostic (de obicei psihoze), de starea psihică şi somatică a bolnavului, deprinderi, profesiune. Este foarte important şi necesar ca bolnavul să înţeleagă rostul acestei terapii şi valoarea beneficiului ce-l poate obţine. În mod obişnuit, ergoterapia se desfăşoară în ateliere de tîmplărie, pantofărie, olărie, de reparaţii (lăcă-

Scanned with CamScanner

tuşerie) etc., pentru bărbaţi, şi de croitorie, artizanat, ţesut şi brodat, pentru femei. În spitalele bine înzestrate, activităţile se pot diversifica, cuprinzînd grădinăritul, creşterea animalelor mici etc. Psihiatri au observat de multă vreme efectul favorabil al muncii asupra procesului de ameliorare a bolnavilor psihici, dar de abia în secolul al XIX-lea ergoterapia se conturează ca metodă de tratament. Între psihiatri, care au preconizat şi susţinut ergoterapia, se menţionează Ph. Phinel, B. Rusch, H. Simon şi alţii. În această direcţie, psihiatria românească a ocupat şi ocupă poziţii înaintate, ea cunoscînd şi aplicînd ergoterapia încă din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, aşa cum reiese şi din lucrările prof. Al. Obreja. Succese deosebite au obţinut colectivele de la Bucureşti şi Iaşi, unde ergoterapia are de multă vreme o frumoasă tradiţie (Popescu). *P. de decondiţionare* (Behaviour Therapy). Se deosebesc de toate P. prin scotomizarea rolului inconştientului şi acordarea întîietăţii simptomului: comportamentul maladiv. Nu are deci importanţă motivaţia comportamentului ci efectele acestuia, simptomele, reaua deprindere. În esenţă este vorba de tehnici care încearcă, prin folosirea teoriei învăţării şi datelor reflexologiei pavloviene, să remodeleze, să reformeze comportamentul. Bazele acestei P. de decondiţionare au fost stabilite de psihiatri şi psihologi anglo-saxoni (Skinner, Eysinck etc). Există tehnici diferite: a). Cura de desgust, de decondiţionare prin aversiune faţă de alcool, metodă binecunoscută în serviciile pentru alcoolici (în prezent este încercată şi în alte cazuri, mai ales în tratamentul perversiunilor sexuale); b). condiţionarea pozitivă urmăreşte „instalarea unui reflex condiţionat, acolo unde simptomul neurotic se defineşte tocmai prin absenţa răspunsului condiţionat". (Se dă pentru ilustrare —H. Ey — cazul unui bolnav cu cecitate isterică care trebuia, la perceperea unei lumini, să manevreze un levier, primind, în caz de reuşită, o gratificaţie materială. După a 43-a şedinţă, bolnavul a declarat că percepe lumina). Se mai descriu şi alte tehnici, avînd aceleaşi premise teoretice, ca de pildă inhibiţia reciprocă, inhibiţia condiţionată, practica negativă, terapia de desensibilizare etc. Într-o serie de boli ca: enuresis, isterie cu simptome de deficit (cecitate, afonie) aceste metode terapeutice se dovedesc utile. *P. expresie.* În această categorie sînt cuprinse metode a P. care folosesc — în grup — expresia psihomotorie şi dramatică, dar, după mulţi psihoterapeuţi, modalităţile de expresie sînt mai numeroase. Astfel este concepută terapia prin jocuri, ludoterapia (mai ales la copii), muzicoterapia, artterapia şi chiar ergoterapia. În ul-

Scanned with CamScanner

timă instanță, ceea ce se obține prin aceste forme de P. este efectul catarctic, prin care situația psihologică, conflictuală se lichidează. Între cele mai importante P. de expresie se menționează psihodrama lui Moreno (v. și psihodrama), care consideră că jocul pe scenă, prestat de bolnavi, contribuie la ameliorarea stării psihice prin redobîndirea spontaneității (refularea acesteia explicînd apariția tulburărilor psihice) și psihodrama analitică a lui Lebovici și Diatkine, prin care grupul tratează un pacient. Prima idee a bolnavului este transpusă în scenă de membrii grupului. *P. familială*. Pornește de la constatarea rolului jucat de familie în apariția tulburărilor psihice la unul din membrii grupului. Boala individului este considerată ca determinată de relațiile dizarmonice nepotrivite ce domnesc în familie. Adesea mama sau tatăl sînt marcați „psiho-afectiv" (ex. structuri anxioase etc.), fapt care se răsfrînge negativ, în formarea personalității copilului (sau copiilor). În consecință tratamentul nu este suficient și eficient decît în măsura în care include, pe lîngă bolnav, familia acestuia. P. familială este indicată în special în debuturile de schizofrenie, psihopatii (în formele grave) și mai puțin în neuroze. P. familiale necesită de multe ori formarea unui colectiv care să cuprindă psihologi și sociologi. *P. de grup*. Metoda se bazează pe rol, echilibru și dinamica de grup. Rolul reflectă poziția bolnavului în grup față de restul membrilor; echilibrul ne informează despre calitatea inserției în grup, iar dinamica permite aprecierea evoluției bolnavului în raport cu grupul. Există o serie de variante, de tehnici de grup. În forma cea mai folosită la noi, grupul este format din 8—15 bolnavi, un terapeut și un ajutor. Compoziția grupului este variabilă (fie grup omogen ca diagnostic, fie eterogen). De asemenea poate fi grup închis, deschis sau semideschis, iar din punct de vedere al sexului — omogen și mixt. Durata ședințelor este în medie de 60 minute, cu o cadență medie de 2 pînă la 3 pe săptămînă. Este important ca aceste ședințe să se desfășoare, respectîndu-se cu rigurozitate programul. După cîteva ședințe (care au, de cele mai multe ori, o desfășurare dificilă) cu numeroase „tăceri", inhibiții, rezerve, treptat, bolnavii se obișnuiesc cu ambianța, iar discuțiile cîștigă în fluiditate și consistență. Potrivit posibilităților, fiecare individ își asumă un anume rol, mai mult sau mai puțin exprimat, în manifestarea colectivă a grupului (monopoliști, rezervați, tăcuți). Din acest moment al formării spiritului de grup, ședințele cîștigă valențe terapeutice, care se întăresc și devin eficiente (după 15—20 ședințe). Tematica dezbătută se anunță în preala-

Scanned with CamScanner

bil, sau — mai bine — se cristalizează spontan, pe loc, ca urmare a inițiativei membrilor grupului. Discuțiile au ca obiectiv crearea unei atmosfere de încredere, de securitate, de dezangajare a bolnavilor, deschizînd concomitent calea spre dezbaterea problemelor ce interesează cu precădere pe unii sau pe alții. Sugestiile și opiniile vehiculate în grup au mare valoare, întrucît de multe ori bolnavul este mai receptiv față de părerile sau chiar soluțiile oferite de alt bolnav decît față de medic. Relațiile fiecărui bolnav din bipolare (bolnav-medic) și limitate, devin multipolare (bolnav-grup) ceea ce îl apropie mai mult de realitatea socială. P. de grup este indicată practic în majoritatea bolilor psihice, firește cu excepția celor care prin deficitul intelectiv și afectiv profund fac imposibilă tentativa de comprehensiune în relațiile interumane (ex. demențe, psihoze confuzionale, agitația psiho-motorie etc). Bune rezultate se obțin în debutul schizofreniei, la tineri, unde P. de grup completează în mod fericit chimioterapia sau insulino-terapia. Alte forme de P. de grup, care se întîlnesc frecvent, sînt de inspirație analitică sau bazate pe dinamica grupului. Astfel, există „psihanaliza de grup" care se aplică la psihotici și psihopați. În cadrul grupului, bolnavii sînt invitați să discute între ei tot ceea ce doresc. În felul acesta, treptat se creează o legătură afectivă între bolnavi, iar materialul obținut este interpretat de psihanalist, care — ca și în cura analitică clasică — joacă un rol pasiv — păstrînd, față de grup, cea mai deplină neutralitate. Pe modelul vechilor cluburi terapeutice s-a organizat o P. de grup bazată pe dinamica grupului. Practic se utilizează dinamica interioară a grupului în variante diferite, ca de ex. grupe de diagnostic, grupe de program, în care bolnavii își expun revendicările (Slavson). *P. individuală* reprezintă cea mai răspîndită și utilizată formă de P. Se bazează pe dialogul și rezonanța afectivă ce rezultă din întîlnirea medic-pacient. Forma cea mai simplă este conversația psihoterapeutică, prin care medicul urmărește influențarea favorabilă a mersului bolii în obținerea, de către bolnav, a sentimentului de liniște interioară, de calm și încredere în forțele proprii, în intențiile bune și sincere ale terapeutului de a-l ajuta. Încrederea în medic semnifică o bună relație medic-pacient. Medicul trebuie să manifeste multă solicitudine, răbdare, interes și compasiune față de bolnav și suferința sa, pentru a putea în final realiza relația psihoterapică. Medicul trebuie să evite avansarea unor soluții; acolo unde bolnavii, ca urmare a discuțiilor, au reușit singuri să găsească soluția, rezultatele terapeutice au fost bune

Scanned with CamScanner

și durabile. În discuții medicul urmărește, în funcție de caz, susținere, încurajare, raționalizarea de așa manieră încît bolnavul — singur — să-și dea seama de cauza bolii sale, găsind, tot singur, căile prin care se poate debarasa de ea. P. individuală se practică în variante diferite. Psihanaliza, inclusiv varianta lui Alder sau Jung, fac parte din P. individuală. *Psihoterapia instituțională*. Experiența acumulată de psihiatri în timpul războiului, precum și rezultatele obținute de sociologi au demonstrat rolul nefast al sistemului de asistență de tip azilar. În vechile instituții și spitale de psihiatrie se preconizează extinderea P. de grup, centrată pe teme precise, concrete: grupe de alcoolici, grupe de ergoterapie, care să realizeze obiective de utilitate comună (grădină de legume, parc, teren de sport, bibliotecă etc). Se avansează ideea unor „comunități terapeutice" posibile. În prezent, accentul se pune pe mărirea numărului de staționare de zi și de noapte, pe crearea unor centre de tratament ambulator, pe modelul laboratoarelor de sănătate mintală, pe ateliere cu regim special etc. Prin „sectorizarea" psihiatriei, practicată în unele țări (Franța), centrul de greutate al asistenței psihiatrice și implicit al P. se va deplasa din spațiul spitalicesc în cel socio-familial mai larg și mai firesc. *Ludoterapia* este o formă a P. de grup care apelează la jocuri (distractive, sportive), în scopul obținerii ameliorării stării psihice. S-a constatat că jocul facilitează contactul dintre medic și pacient, mai ales în pedopsihiatrie, unde dealtfel găsește aplicație electivă. *P. lungă* (de cursă lungă), este vorba de forma psihoterapică de tip analitic, care, urmărind descifrarea psihologică „abisală" a simptomelor în intenția lichidării complexelor și reconstrucției persoanei, are caracteristic — între altele — durata mare (luni sau chiar ani). Astăzi, inclusiv și din cauza duratei este mai rar folosită. *P. meloterapie* sin. muzicoterapie. Formă particulară a P. în care audiția muzicală deține rolul principal. Se bazează pe efectul liniștitor, deconectant, pe care îl au unele piese muzicale. Se urmărește obținerea unei „descărcări" emoționale cu efect terapeutic în situații tensionale psiho-afective. În acest scop, se organizează audiții cu piese muzicale variate, preclasice, clasice sau moderne, alese după semnificația și rezonanța afectivă ce o determină. Meloterapia se aplică în neuroze, psihoze în remisiune și cu precădere la subiecții cu oarecare cultură muzicală sau cel puțin receptivi la muzică. În unele variante, înainte sau după audiție, se discută piesa, psihoterapeutul face o scurtă prezentare a bucății muzicale a compozitorului, eventual niște considerații pe marginea tema-

Scanned with CamScanner

ticii și semnificației ei, la care participă întregul grup. *P. morală.* Formă inedită de P., elaborată de H. Baruk, care așează la temelia actului psihoterapeutic valorile morale, sentimentul iubirii de oameni, de dreptate, idei preluate din religia ebraică. În accepțiunea P. morale, individul este văzut, nu analitic, ca în majoritatea P., ci sintetic, ca un tot indivizibil, în care valorile morale sînt definitorii. Atitudinea morală exclude nesinceritatea, mințirea bolnavului, aplicarea de măsuri restrictive sau privative de libertate. Medicul trebuie să se apropie de bolnav cu înțelegere, căldură, răbdare pentru a obține încrederea acestuia, indispensabilă vindecării. *Narcoanaliza.* Este o metodă care combină sugestia cu administrarea unei substanțe hipnotice cu efect de scurtă durată. În timpul celui de al doilea război mondial, a fost folosită în tratamentul stărilor anxioase acute, în așa-numitele nevroze de război, iar mai tîrziu în alte stări anxioase, isterice și psihosomatice. Narcoanaliza realizează un catarsis, cu ameliorarea, pînă la dispariție, a anxietății, permițînd o bună sugestie din partea medicului (P. Sutter). Prin rezultatele obținute este considerată o metodă de P. utilă, mai ales în stările neurotice cu mare încărcare anxioasă. Deși narcoanaliza nu permite o analiză prea profundă a personalității, oferă în schimb posibilitatea (după anxioliză) unei abordări psihoterapeutice de alt tip, cum ar fi P. individuală, de grup etc. *Psihoterapia nondirectivă Rogers.* În esență, metoda se bazează pe un tip nou de relație medic-pacient și anume pe respectul și încrederea investită de psihoterapeut în posibilitățile de autodirijare a bolnavului. Ea permite progresiv conștientizarea de către pacient a problemelor sale, care devin soluționabile în virtutea convingerii cîștigate, că el este acela care, în ultimă instanță, conferă valoare lucrurilor și fenomenelor. *P. rațională.* Formă de P. individuală aplicată în special în neuroze și care constă în „raționalizarea" de către bolnav, cu ajutorul medicului, a problemelor care fac obiectul stării neurotice. Se bazează pe discutarea situației bolnavului, pe descifrarea suferinței, cu explicațiile necesare liniștirii bolnavului, pe sprijinirea și încurajarea lui, în vederea găsirii soluției potrivite. Este o formă de P. care, bine aplicată, dă rezultate satisfăcătoare. *P. de reeducare* și *de reconstrucție* — Vitoz. Este o metodă P. care solicită efortul și contribuția activă conștientă a bolnavului, care, sprijinit de psihoterapeut, și cu ajutorul voinței proprii, își rezolvă conflictul neurotic. Tehnica P. urmărește conștientizarea unor acte fiziologice, văzul, auzul etc. și trăirea acestora într-un mod cît mai viu și mai au-

Scanned with CamScanner

tentic. În această etapă, se realizează analiza trăirilor senzoriale și sensitive, după care, prin exerciții de voință, se urmărește depășirea obstacolelor, simptomelor. În realizarea volițională, pacientul apelează la exerciții și formule întrebuințate în prima etapă, conform principiului că fiecare idee trebuie să fie și simțită, trăită. Se aplică în domeniul neurozelor. *P. de relaxare* (Autogene training, hipnoza fracționată). Sînt tehnici care se bazează pe hipnoză (autohipnoză) și sugestie, inclusiv pe învățarea stăpînirii reglării tonusului muscular. Starea de relaxare, deci de „decontractare" musculară, este însoțită de o stare hipnoidă, în care se încearcă, prin exerciții, dirijarea și concentrarea atenției asupra unor segmente corporale. Aceste exerciții, care au ca scop controlul musculaturii voluntare a membrelor, a vasomotricității acelorași segmente etc, realizează și o stare de detentă psihică și fizică. Există mai multe tehnici, după autorii care s-au ocupat de relaxare ca metodă de tratament (Schultz, Jacobson, Kretschmer). Metoda cu cea mai largă răspîndire (inițiată de Schultz) recurge la aplicarea unor exerciții fiziologice și ulterior raționale, care au ca scop deconectarea progresivă a persoanei. La început se învață progresiv primele 6 exerciții, cu ajutorul cărora se creează o relaxare prin modificarea voluntară a tonusului muscular și o nouă reglare a sistemului neuro-vegetativ, relaxare obținută prin „fixarea conștiinței" asupra unor elemente ale sensibilității profunde (greutăți, căldură). Sub îndrumarea unui specialist, metoda se învață în 3—5 săptămîni, după care persoana poate singură să-și controleze și să-și influențeze pozitiv variate tulburări (ex. dispneea, tracul). La noi în țară, metoda a fost preconizată și folosită pe scară largă de I. Bâlcea, A. Dan, I. Hanganu etc. Metoda Jacobson centrează atenția bolnavului pe sistemul muscular, respectiv pe însăși relaxarea și contracția fibrelor musculare; exercițiul se desfășoară în trei etape, iar metoda hipnozei fracționate — Kretschmer — întrebuințează interferența dintre sugestia hipnotică și exercițiile de relaxare propriu-zise. *P. scurtă.* Se referă la metode psihoterapeutice (sugestive, comportamentale), care se adresează simptomului, în scopul eliminării lui. Ea este limitată — nevizînd analiza în profunzime a personalității bolnavului; are și o durată mai scurtă. *P. sugestivă,* se bazează pe fenomenul psihologic al sugestiei, care este interpretat ca un „proces psihic, constînd dintr-o influență exercitată de o persoană asupra psihicului uneia sau mai multor persoane, transmiterea unor sentimente, idei, atitudini comportamentale". (Predescu și colab.

Scanned with CamScanner

1976). P. sugestivă are o deosebită însemnătate, putînd în contextul unor tehnici speciale influența favorabil starea psihică a bolnavilor. Sugestia se aplică în stare de veghe sau în stare hipnotică, ea fiind o metodă de P. individuală frecvent folosită. Prin sugestie se înlătură temerile bolnavului, neliniștea, anxietatea, imprimînd, în același timp, convingerea în posibilitatea de vindecare. În stare de veghe, sugestia se realizează prin convorbiri cu bolnavul, zilnice dacă este posibil, în care psihoterapeutul convinge treptat bolnavul asupra evoluției favorabile a simptomelor. În unele cazuri, sugestia este asociată sau întărită prin alte mijloace terapeutice cum ar fi faradizarea, d'arsonvalizarea etc. (așa-numita sugestie armată), care are bune efecte în tulburările funcționale din isterie (paralizii, parestezii, hipoestezii etc). Sugestia hipnotică își reduce treptat adresabilitatea (practic la isterie) datorită rezultatelor puțin durabile pe care în mod obișnuit le realizează. Ea se aplică în tehnici variate. În final se pot obține trei stadii de somn: a) starea de somn în care legătura cu medicul se păstrează prin intermediul analizatorului auditiv și cînd se sugerează ameliorarea sau vindecarea unui simptom; b) starea cataleptică în care se pot imprima mușchilor poziții diferite (imobilitate ceroasă) și sînt posibile tot prin sugestie halucinațiile și c) stadiul de somnambulism cînd se pot efectua unele mișcări automate (mers etc.). În mod curent hipnoza în practică se realizează în faza primă. Unii autori (Porot, Aubin) atrag atenția asupra unei posibile dependențe a bolnavului față de psihoterapeut (hipnofilie). Hipnoza fracționată și hipnoanaliza sînt de asemenea tehnici psihoterapeutice care apelează la sugestie. *P. de susținere* este o metodă psihoterapeutică de tip analitic dar mai scurtă, caracterizată prin acțiunea de sprijinire, de susținere a unor mecanisme de apărare, prin gratificarea și implicit dependența bolnavului față de psihoterapeut, întrebuințată cu precădere în bolile psihosomatice. După vindecarea bolii somatice, urmează lichidarea relației de dependență a bolnavului, care se face treptat și cu multă grijă. P. de susținere se aplică într-un context terapeutic mai larg (biologic, chimic). (7, 4)

PSIHOTON. Medicament psihoenergizant sau psihostimulant care determină creșterea activității psihice (Predescu și colab., 1968). Diminuă sau înlătură senzația de oboseală; sub acțiunea lor crește capacitatea de muncă. Sînt indicate în diferite stări de adinamie. Efectul lor se instalează rapid, spre deosebire de cel la timolepticelor. Unele au efecte secundare simpaticomimetice. În această categorie se includ: 1). Nooanalepticele; 2). Me-

Scanned with CamScanner

dicamentele care intervin asupra dinamogenezei corticale, secundar unui efect metabolic asupra SNC (acid glutamic, centrofenoxina, deanolul, piritioxina); 3). Vitaminele (ac. ascorbic). După unii autori psihoenergizantele sînt sinonime cu psihoanalepticele (Iabhard), după alţii reprezintă o subclasă a acestora, alături de analeptice(Predescu şi colab.) şi antidepresive. Acest grup se deosebeşte de nootrope (de Schepper), care restabilesc activitatea SNC fără a avea efect psihostimulant (v. NOOLEPTIL, PIRACETAM). (5)

PSIHOTROP (frenotrop, psihoactiv, psihofarmacologic) este un termen introdus de J. Delay (1959); prin el se înţelege orice substanţă naturală sau sintetică care are efect predominant asupra activităţii psihice şi poate modifica activitatea mintală. Sternberg (1962) defineşte P. ca substanţe care au calitatea de a acţiona asupra unor laturi ale activităţii nervoase superioare (care constituie trăsăturile specifice omului). Aceste substanţe pot fi clasificate după criterii chimice, farmacologice şi clinice. 1). Clasificarea chimică grupează substanţele psihotrope după structura lor chimică. Acest criteriu prezintă dezavantajul că separă în mod arbitrar substanţe care pot avea aceeaşi acţiune farmacodinamică (ex. neurolepticele aparţin mai multor clase chimice, la fel antidepresivele, hipnoticele, narcoticele etc). 2). Clasificarea farmacodinamică ţine seama de acţiunea principală a substanţei apoi de structura chimică a preparatelor aparţinînd aceleiaşi clase farmacodinamice. Acest criteriu, deşi este mai corespunzător decît prima clasificare, prezintă dezavantajul că ţine seama numai de acţiunea farmacodinamică principală. În realitate medicamentele din clase diferite pot avea efecte psihotrope asemănătoare (de ex. efectul secundar sedativo-hipnotic al antihistaminicelor etc). 3). Clasificarea clinică. Din punct de vedere clinic psihotropele pot fi: a). Psihoterapeutice (favorabile deci aplicării în cazul bolilor psihice) sau b). Psihotopatice (agravînd sau declanşînd tulburări psihice). J. Delay a propus o clasificare după principalul efect psihic al acestor substanţe, ţinînd seama că ele pot scădea sau creşte tonusul psihic (ca rezultantă a nivelului de vigilenţă şi a stării de dispoziţie), precum şi de faptul că substanţele psihotrope pot devia de la normal activitatea psihică. După aceste criterii J. Delay vorbeşte de psiholeptice, psihoanaleptice şi psihodisleptice. *Psiholepticele* sînt substanţe care au efecte liniştitoare şi diminuă activitatea mintală (reducerea tonusului psihic se poate realiza prin diminuarea vigilităţii, a activităţii intelectuale sau prin reducerea tensiunii emoţionale şi comporta-

Scanned with CamScanner

mentul corespunzător acesteia). Aici se cuprind: hipnoticele (nooleptice), neurolepticele (tranchilizante majore, antipsihotice) şi tranchilizantele (minore, anxiolitice). *Psihoanalepticele* sînt substanţe care stimulează activitatea psihică (acest efect se poate obţine prin creşterea vigilităţii, stimularea activităţii intelectuale sau prin intensificarea tensiunii emoţionale). Aici sînt cuprinse: stimulentele vigilităţii (antihipnotice sau nooanalepticele, amine psihotone sau amine simpaticomimetice, antagoniste faţă de hipnotice), stimulentele dispoziţiei (ale afectivităţii, antidepresive sau timoanaleptice) şi alte substanţe stimulente (cu efect psihoton general, dar care nu intră în cele două subgrupe menţionate, de ex. vitamina C, reactivanul etc.). *Psihodislepticele* (tulbură activitatea psihică, halucinogene sau depersonalizatoare). În tabelul anexat este redată clasificarea lui Delay, uşor modificată. Clasificarea psihotropelor (După J. Delay şi P. Deniker, modificat): I. Psiholeptice (diminuă activitatea psihică). 1. Hipnotice (Nooleptice) (Barbiturice, Nebarbiturice); 2. Neuroleptice (tranchilizante majore) (Fenotiazine; Alcaloizi de Rauwolfia; Butirofenone; Tioxantene); 3. Tranchilizante (ataractice) (Propandioli; Benzodiazepine; Difenilmetani). II. Psihoanaleptice (stimulează activitatea psihică). 1. Stimulante ale stării de veghe (nooanaleptice) (amine amfetaminice; amine heterociclice); 2. Stimulante ale dispoziţiei (timoanaleptice, antidepresive) (derivaţi triciclici; IMAO; alte antidepresive (Maprotilina). III. Psihodisleptice (perturbă activitatea psihică) (substanţe halucinogene sau psihozomimetice). În afara acestei clasificări mai există numeroase altele, dar aceasta pare mai practică. Clasificarea OMS cuprinde: neuroleptice, anxiolitice, antidepresive, psihostimulente şi psihodisleptice, deci foarte apropiată de cea dată de Delay. Pöldinger (1975) dă de asemenea o clasificare simplă vorbind de: 1). Substanţe psihoactive în sensul larg al cuvîntului (hipnotice şi sedative, analgezice, stimulante); substanţe psihoactive propriu-zise (neuroleptice, tranchilizante, antidepresive) şi 3). Substanţe psihotomimetice (halucinogene). Acest autor menţionează la antidepresive timolepticele triciclice (antidepresive care ridică dispoziţia) şi timoeretice (IMAO) care îndepărtează inhibiţia. La psihotomimetice, Pöldiger subliniază faptul că acestea pot crea psihoze artificiale, dar se pot utiliza şi pentru susţinerea unui tratament psihoterapeutic. Cu acest punct de vedere nu sînt de acord majoritatea psihiatrilor. (5)

Scanned with CamScanner

PSIHOTROPE RETARD (de depozit). Sînt medicamente cu acțiune prelungită, în urma absorbției, metabolizării și eliminării încetinite. În felul acesta se realizează o concentrație sanguină eficientă și constantă pe o durată mai lungă de timp (minimum o săptămînă după administrarea unei singure doze). Se preferă preparatele care se administrează parenteral, deoarece asigură o absorbție mai bună și mai constantă a principiului activ. Psihotrope cu acțiune prelungită s-au obținut din următoarele clase de medicamente: 1). Derivați fenotiazinici (flufenazina, perfenazina, pipotiazina); 2). Derivați tioxantenici (flupentixol); 3). Derivați de fenil-butil-piperidină, înrudiți cu butirofenonele (fluspirilenul). Majoritatea neurolepticelor retard sînt obținute fie prin realizarea unor suspensii apoase microcristaline (fluspirilen), fie mai ales prin esterificarea medicamentului respectiv cu un acid gras (enantic sau heptanoic, decanoic sau capric, palmitic, undecilenic). Esterii prezintă o mare liposolubilitate și se pot injecta într-un volum redus. Sub acțiunea unei enzime hidrolitice, legătura esterică este scindată și medicamentul activ se absoarbe în organism. Durata de acțiune a unui astfel de produs depinde de natura acidului gras, de medicament și de doza administrată. Astfel prihotropele retard pot acționa după administrarea unei singure doze timp de 1—4 săptămîni. În felul acesta, se realizează o administrare mai comodă și se reduce prețul de cost în comparație cu neurolepticele neretard (clasice sau standard). Indicațiile terapeutice ale formelor retard se referă în primul rînd la stările psihotice stabilizate cu scopul de a preveni recăderile. Instituirea tratamentului cu neurolepticul retard se face fie după același neuroleptic, utilizat anterior sub formă clasică, neretard, fie după un alt neuroleptic, cu altă structură chimică. Acțiunea produsului retard apare gradat și devine evidentă după 1—3 săptămîni. În formele cronice ale psihozelor se apreciază că eficiența medicamentelor retard este mai mare decît a aceluiași medicament utilizat sub formă clasică, de ex. per os. Efectele secundare, în general, sînt mai reduse decît după formele clasice. Există și neuroleptice cu acțiune prelungită, care se administrează per os (pimozid, penfluridol). Neurolepticele retard sînt descrise pe larg în cadrul lucrării (v. FLUFENAZINA, FLUPENTIXOL, FLUSPIRILEN, PENFLURIDOL, PERFENAZINA, PIMOZID, PIPOTIAZINA). (5)

PSIHOZA. Cadru larg de cuprindere a tuturor entităților nozografice care se caracterizează printr-o complexitate mare de simptome, între care pierderea capacității de autoapreciere

Scanned with CamScanner

a propriei suferințe este unul din elementele esențiale, la care se adaugă tulburări cognitive, conative și de conștiință. Personalitatea este întotdeauna alterată și apare drept consecință a unor comportamente inadecvate, care sînt aspecte derivate din suferința psihică, și lipsite de o reală capacitate de discernere a evenimentelor. Termenul de P. se folosește și în opoziție cu neuroza. Cele mai importante P. sînt: *P. acute* datorate intoxicațiilor profesionale sau autointoxicațiilor; *P. afective*, nume sub care este cunoscută P. maniaco-depresivă, denumită și P. circulară sau P. periodică; *P. alcoolică*, forme grave de intoxicații acute sau cronice cu alcool; *P. azotemică* descrisă de Marchand ca formă clinică specială în cadrul confuziilor postinfecțioase; *P. bipolare*, sin. cu P. maniaco-depresive; *P. carențiale*, datorate avitaminozelor (ex. pelagra); *P. circulare*, sin. cu P. maniaco-depresivă; *P. cu evoluție cronică prelungită*, schizofrenie, parafrenie etc.; *P. delirantă acută* (H. Ey), sin. Bufeu delirant; *P. de detenție*, forme grave care debutează în cursul unei lungi perioade de condamnare, pe baza privării senzoriale (Gurevici, Ghiliarovici); *P. discordantă*, sin. schizofrenie; *P. endocrine*, tulburări grave psihice datorate tulburărilor hormonale; *P. endogene*, termen sub care sînt deocamdată reunite psihoza afectivă, schizofrenia și psihozele halucinator-delirante, considerîndu-se că o bună parte din factorii care le produc se datoresc însăși bolnavului, adică structurii dinamice a personalității sale; *P. epileptice*, forme onirice, halucinator-delirante etc. care apar la un epileptic; *P. experimentale* produse de psihodisleptice (LSD, bulbocapnină, marihuana, peiotl, psilocibina etc.); *P. exogene*, care au fost determinate de factori din afara persoanei, (infecțioși, traumatici, toxici etc.); *P. exotice*, care apar în țările calde (Arietti); *P. familiale*, care apar la mai mulți membri ai aceleiași familii (ex. delir indus); *P. gravidice*, produse în cursul graviditătii; *P. halucinatorie acută*, descrisă de Falret, 1899, sin. cu psihozele acute în general; *P. halucinator cronice* (Dupré, 1907, Gilbert-Ballet, 1911); *P. imaginativă acută* (Dupré, Logre, 1910). Episoade P. cu mare încărcătură de producții fantastice, care apar de obicei la persoane cu structuri isterice; *P. indusă*, sin. P. familială; *P. infecțioasă*, P. datorată agenților microbieni, virusali; *P. intermitente*. P. cu evoluție în episoade, alternînd cu perioade libere (ex. P. periodică); *P. de involuție*. P. care apare în perioada climacterică, în presenilitate; *P. isterică*. P. survenită la o persoană isterică; *P. Korsakov*, (v. KORSAKOV, SINDROM); *P. de lactație*. Episoade mai ales de tip depresiv, care apar în perioada de alăptare;

Scanned with CamScanner

P. luetică, datorată sifilisului (Sifilis cerebral, PGP); *P. maniaco-depresive*, sin. P. afective, P. periodică; *P. de maternitate.* Totalitatea tulburărilor psihotice care pot apare în decursul perioadei de graviditate, naştere, alăptare; *P. mixte.* Forme clinice particulare, aparţinînd psihozei maniaco-depresive; *P. monopolare*, sin. depresia periodică; *P. onirice.* P. caracterizate printr-o bogăţie de tulburări halucinator-delirante, desfăşurate pe baza tulburărilor de conştiinţă, similare visului; *P. oniroprive.* P. descrise drept consecinţe a împiedicării producerii viselor (P. Marchais, Passouant); *P. organice*, datorate unor leziuni cerebrale de tip toxic, traumatic, vascular etc.; *P. paranoidă.* P. centrată pe grupul delirant paranoid; *P. pelagroasă.* P. mai ales depresiv confuzivă, de natură carenţială (avitaminoză, complex B); *P. polinevritică Korsakov.* v. KORSAKOV, SINDROM; *P. presenile.* P. care debutează în decada 55—65 ani (v. PRESENILE); *P. puerperale.* P. cu apariţie în perioada naşterii sau în zilele imediat următoare (v. PUERPERALE); *P. reactive.* P. determinate de o stare de stress psihic; *P. revendicativă.* Formă deosebită de P. pasională (Marcjais); *P. senile.* P. care apar după 65 de ani; *P. traumatică*, determinată de tr.cr.cr.; *P. vasculară*, produsă de factori vasculari (HTA, ASC etc.). (7)

PSIHOZA PUERPERALĂ. Tulburări psihice care apar în perioada puerperalităţii şi lactaţiei. În funcţie de momentul apariţiei se descriu: a) Psihoze puerperale propriu-zise, care apar în primele 10—15 zile după naştere; b) Psihoze de lactaţie, în care debutul este mai tardiv, de ordinul săptămînilor, pînă la 3—4 luni după naştere. Frecvenţa P.P. raportată la celelalte psihoze şi la numărul total al naşterilor variază considerabil în funcţie de autori (la noi în ţară, frecvenţa este apreciată la 2,3% din totalul psihozelor întîlnite la femei (Retezeanu, 1961). *Etiopatogenie.* Nu se cunosc încă precis toţi factorii care intervin; cei mai însemnaţi factori sînt: *Terenul* (factor predispozant). S-a afirmat chiar că P.P. nu sînt altceva decît veritabile schizofrenii sau psihoze maniaco-depresive, precipitate de naştere şi implicaţiile ei psihosociale, care le conferă şi un grad de atipie (Zilboorg, 1960). Alţii le consideră ca tulburări reactive secundare traumelor provocate de actul stressant al naşterii, cu toate consecinţele lui psihofiziologice; natura reacţiei depinzînd de particularităţile premorbide şi de încărcarea ereditară (Ebaugh). *Infecţia.* O parte din psihozele P.P. puerperale sînt datorate unor infecţii cu caracter local sau general (septicemie), care realizează adevărate psihoze confuzionale de tipul reacţiei exogene Bonhöffer. Rolul infecţiilor

Scanned with CamScanner

este astăzi în scădere prin asigurarea măsurilor de asepsie și antisepsie ale nașterii și lehuziei. *Modificările bio-umorale.* După naștere au loc puternice variații ale constantelor biologice. În primele zile după naștere scad brusc hormonii estrogeni, prin deconjugarea și eliminarea lor masivă prin urină; hipofiza este puternic solicitată prin revenirea la normal a activității tuturor glandelor endocrine, adaptate la condițiile sarcinii, revenire ce se face treptat în primele 10 zile de la naștere. Frecvent poate apare insuficiența sau hiperfuncția tiroidiană, insuficiența corticosuprarenală sau hipofizo-ovariană; ele pot produce importante perturbări metabolice și hidroelectrolitice, explicabile prin dereglarea axului diencefalo-hipofizar. Delay și Corteel atrag atenția asupra dereglării ciclului hipofizo-ovarian în psihozele de lactație, a cărui revenire la normal este împiedicată de lipsa de receptivitate a endometrului. *Factorii psihosociali* pot juca și ei un rol nociv în funcție de atitudinea femeii față de maternitate, situația familială, economică etc. Debutul P.P. propriu-zise este de multe ori brusc, în primele 14 zile după naștere. (Cu cît este mai precoce cu atît este mai zgomotos). Constă în tulburări psihopatologice exprimate ca: agitație sau inhibiție psihomotorie, modificări ale conștiinței (de tip confuzo-oniric), tulburări de percepție polimorfe (iluziile și halucinațiile vizuale), modificări de dispoziție (euforie sau distimie, cu anxietate), incoerența ideo-verbală, uneori baraje de disociație psihică. Aceste simptome realizează tablouri de aspect maniacal, melancoliform, confuzional sau discordant, cu un mare grad de atipie. Ca un element caracteristic se notează prezența tulburărilor de conștiință, aproape în toate cazurile de P.P., tulburări care pot fi discrete, de intensitatea obnubilării, cu dezorientare temporo-spațială pasageră și incompletă, sau intense, sub formă de stări confuzionale grave, agitate sau stuporoase, cu sau fără componente onirice. Starea somatică se alterează rapid; bolnavele nu se alimentează, apar transpirații, febră 38—39° (de origine centrală), oligurie, care accentuează și mai mult dereglările hidroelectrolitice existente impunînd instituirea unor măsuri terapeutice de urgență. În cazul în care P.P. este consecința unei infecții post-partum, tabloul clinic este cel al unei psihoze infecțioase confuzo-onirice, forma agitată sau stuporoasă. Psihozele de lactație debutează după 1—4 luni de la naștere, în plină perioadă de alăptare. Spre deosebire de P.P., în care tabloul psihic este polimorf și în care tulburările de conștiință

Scanned with CamScanner

sînt aproape întotdeauna prezente, în lactație, tablourile clinice apar mai bine conturate și mai apropiate de entitățile psihiatrice tipice. Se deosebesc 2 grupe de tulburări: *Tulburări neurotice*, mai frecvente, interpretate în contextul modificărilor bio-umorale amintite și în special al deficiențelor pe linia endocrină. Se întîlnesc: depresii neurotice simple sau anxioase, cu astenii, scăderea dispoziției, dezinteres față de copil. Uneori astenia poate fi foarte exprimată, asociată cu insomnii și iritabilitate crescută, realizînd tabloul unei neurastenii, cu sau fără elemente cenestopate. De multe ori tabloul îmbracă forma unei neuroze pitiatice tipice; *Manifestări psihotice*, acestea sînt mai frecvent din seria maniaco-depresivă și mai rar tablouri asemănătoare schizofreniei; psihozele de lactație, spre deosebire de cele puerperale, se datoresc mai puțin factorilor patogenetici amintiți și au o componentă endogenă, terenul constituind aici factorul primordial, iar maternitatea relevînd numai predispoziția endogenă sau o evoluție latentă. Evoluția P.P. este în general favorabilă. Depinde în mare măsură de forma clinică; astfel în tulburările psihotice de tip confuzional, în care rolul esențial îl joacă factorii externi, prognosticul este bun, tulburările dispărînd complet în cîteva săptămîni sub un tratament corespunzător, fapt valabil și pentru psihozele cauzate de infecțiile puerperale, dacă acestea sînt tratate energic. Există însă cazuri în care P.P. confuzionale evoluează spre delirul acut azotemic, realizînd, ceea ce Marchand, a denumit: „encefalită psihotică acută azotemică". În aceste cazuri, febra crește brusc la 40—41°, starea generală se înrăutățește, apare azotemia de tip extrarenal, tulburări hidro-electrolitice grave. Evoluția acestor cazuri este deosebit de gravă, mortalitatea menținîndu-se și azi ridicată, în jur de 20%. În celelalte forme, vindecarea totală reprezintă 65%, sechele, cca 30%, constînd din stări paranoide, cu evoluție spre demență (Sivadon). În psihozele de lactație, evoluția este prelungită (chiar și pentru tablourile neurotice), de mai multe luni sau chiar ani, cu remisiuni și recăderi periodice. Rezistența la tratament este mare, în special pentru formele depresiv-anxioase sau isterice. S-a constatat un paralelism între evoluția tulburărilor psihice din psihoza puerperală și de lactație, cu regenerarea endometrului; reluarea ciclului marcînd de obicei sfîrșitul bolii sau fixarea sechelelor (P. Abely, J. Delay). Prognosticul pentru copilul născut de o mamă cu psihoză puerperală este aprecit ca defavorabil: 50% din decesele

Scanned with CamScanner

perinatale, în primele luni, și 20%, malformații diverse (Sivadon). Riscul pentru nașterile ulterioare este destul de mare, motiv pentru care legislația noastră prevede, prin decretul nr. 770/1966, întreruperea cursului sarcinii la femei care au prezentat psihoze puerperale în ultimii 3 ani. În unele țări, se preconizează sterilizarea preventivă. *Tratament. Profilaxie.* Se va face psihoprofilaxie în toate cazurile, dar mai ales acolo unde personalitatea și tarele ereditate lasă să se întrevadă posibilitatea apariției unor afecțiuni psihice. Aceasta constă mai ales în pregătirea psihică a gravidelor pentru naștere și condiția de mamă, pregătirea „nașterii fără dureri", prin măsuri psihoterapeutice și de antrenament adecvate, crearea unor condiții de psihoigienă optime. O măsură profilactică importantă o constituie prevenirea și tratarea promptă și adecvată a tuturor infecțiilor intercurente și mai cu seamă a infecțiilor puerperale. Eficiența acestor măsuri au condus, în ultimii ani, la o scădere esențială a rolului patogenetic al infecției și implicit la reducerea frecvenței psihozei puerperale. Tratamentul curativ se aplică diferențiat în funcție de natura tulburărilor psihice: *În tulburări confuzionale* se instituie un tratament energic și de urgență avînd ca obiect combaterea agitației psihomotorii și a confuziei onirice. 1). Aceasta se va face prin administrarea de psihotrope cu acțiune antipsihotică puternică, cum sînt derivații de butirofenone (v. BUTIROFENONE). Se preferă haloperidolul în doze de 5—15 mg/zi, administrat pe cale parenterală (în injecții i.m.), în primele zile, continuîndu-se tratamentul pe cale bucală sub formă de sol. 0,2% (10 pic. = 1 mg). Doza va crește progresiv pînă la obținerea rezultatelor scontate. Se mai pot utiliza: Triperidolul, în doze de 2—5 mg/zi, în injecții i.m. sau pe cale bucală în picături (20 pic. = 1 mg), mai ales în formele în care predomină agitația și delirul oniric, creșterea dozelor făcîndu-se și aici progresiv și sub protecția de antiparkinsoniene; Fenotiazine. Cele mai bune rezultate se obțin cu clorpromazină inj. (plegomazin), în doze de 100—400 mg/zi. În cazurile în care involuția fiziologică a uterului este terminată (după 3 săptămîni), se pot asocia, cu bune rezultate și fără risc, EȘ simple sau protejate, în ritm de 3—4 ori săptămînal pînă la dispariția agitației. Formele stuporoase vor beneficia de EȘ psihostimulente și psihotone. Delay și Corteel preconizează chiuretajul uterin, pentru a mări receptivitatea mucoasei uterine la hormoni gonadotropi, ceea ce ar conduce la dispariția

Scanned with CamScanner

tulburărilor psihice. 2). Rehidratarea și reechilibrarea hidroelectrolitică reprezintă un moment important în tratamentul stărilor confuzionale puerperale, deoarece, datorită agitației, febrei, aportului insuficient, precum și a modificărilor hormonale, metabolismul hidroelectrolitic este perturbat. Reechilibrarea hidroelectrolitică se va face conform ionogramei prin administrare de soluții glucozate sau saline în perfuzii. 3). Combaterea febrei, de obicei de origine centrală se face prin administrare de antipiretice, de preferință în supozitoare. 4) Infecția, cînd există, se tratează cu antibiotice conform antibiogramei. 5). Dezechilibrele hormonale vor fi corectate și ele. Cu bune rezultate se utilizează hormonii CSR. Se mai administrează întotdeauna vitamine, în special A, B_1, B_6, C. *În agitații maniacale și stări depresive*, considerate ca avînd un nucleu endogen și fiind doar precipitate de naștere sau lactație, se vor face tratamente similare psihozei maniaco-depresive (v. PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ). *În tablourile halucinator-paranoide* se instituie un tratament medicamentos cu psihotrope (butirofenonice sau fenotiazine), la care se asociază uzual ES, dacă nu sînt alte contraindicații. *În tulburările neurotice*, tratamentul va fi adaptat formei clinice. În formele depresive se administrează timoanaleptice (derivați triciclici ca: antideprin, amitriptilină, nortriptilină), asociate, de regulă, cu neuroleptice. În formele anxioase se dă levompromazină sau Diazepam, administrat i.m. sau oral; în formele isterice și cenestopatice, pe lîngă tratamentul neuroleptic, sedativ și roborant, se vor asocia și diferite proceduri fizioterapice. (2)

PSILOCIBINA (5-hidroximetiltriptamina). v. PSILOCINA

PSILOCINA este un derivat al triptaminei și reprezintă forma activă a psilocibinei, care a fost izolată din ciuperca Psilocybe mexicana. (Aceasta a fost utilizată în scopuri magice și terapeutice în Mexic încă din epoca precolumbiană). După 3—15 mg de P. se produce o stare de euforie, însoțită de halucinații vizuale colorate. P. poate determina o stare de visare în cadrul căreia individul își reamintește lucruri uitate demult. Acțiunea P. poate dura 3—4 ore. (5)

PSITACISM. Tulburare de limbaj, încadrabilă în dislogii. Supranumit „limbaj de papagal", se referă la utilizarea unor cuvinte, fraze, înșirate mecanic, fără nici o semnificație, într-un mod pompos și inoportun. P. a fost descris mai ales în stările cu deficit intelectual accentuat (idioți și demenți). (3, 7)

Scanned with CamScanner

PTERONOFOBIE. v. FOBIE

PTIALISM. v. SIALOREE

PUERILISM MINTAL. P.M. reprezintă, după Dupré, o regresie aparentă a personalității adultului la stadiul copilăriei sau adolescenței, manifestată prin limbaj, atitudini, mimică, preocupări și sentimente copilărești. P.M. se întîlnește frecvent în afecțiuni organice cerebrale care modifică personalitatea, cum sînt tumorile cerebrale și demențele senile. În mod tranzitoriu, P.M. se mai poate întîlni în neuroze, mai ales neuroza isterică, precum și în unele stări reactive. (2)

Scanned with CamScanner

QUILONORM. v. LITIU

QUINQUARD, SIMPTOMUL LUI. Tremurătura fină a extremităților membrelor superioare, decelabilă de examinator îndeosebi cînd bolnavul este solicitat să-și pună mîinile peste mîinile examinatorului (Feighin). (7)

Scanned with CamScanner

RABIOFOBIE. v. FOBIE

RADEDORM. v. NITRAZEPAM

RADEPUR. v. CLORDIAZEPOXID

RADIOFOBIE. v. FOBIE

RANDOLECTIL(R). v. BUTIRILPERAZINA

RAPTUS. Executarea unui act, ca urmare a existenței unei impulsiuni, ce apare pe fondul unei tulburări psihice. R. are un debut brusc, în general greu previzibil, și o desfășurare semiautomată cu potențial mare de periculozitate. R. se poate manifesta în principal în următoarele cadre nozologice psihiatrice: 1). R. anxios apare ca urmare a unei intense și bruște tensiuni anxioase și se poate concretiza prin acte agresive sau tentativă de suicid; 2). R. delirant apare la bolnavii ce prezintă o simptomatologie delirantă de tip paranoid sau pasional și se poate concretiza prin fugă, suicid, acte agresive sau de altă natură față de persoanele pe care este proiectat delirul. Menționăm aci caracterul imprevizibil și extrem de brutal al raptusului bolnavului schizofren; 3). R. melancolic apare ca urmare a dispoziției depresive, se poate manifesta în orice fază a accesului depresiv, chiar în cadrul unei stări de inhibiție psihomotorie sau în convalescență și se caracterizează printr-o tentativă de suicid, prin mijloace diverse. 4). R. psihopatic, se manifestă prin diverse acte cu caracter impulsiv. După A. Porot, R. poate fi consecința unei supraîncărcări afective (R. anxios, R. coleros, R. emotiv, R. melancolic) a unei impulsiuni onirice (alcoolism cronic, stări confuzive, stări posttraumatice) sau a unui automatism psihomotor incoercibil (R. epileptic). (6, 7)

RAȚIONALIZARE. Prin R., în psihanaliză, se înțelege metoda de rezolvare sau de lichidare a „complexului“ cauzator de boală; R. face parte din finalul terapiei analitice, cînd acest

Scanned with CamScanner

„complex" este conştientizat de bolnav şi cînd discutarea, „raţionalizarea" lui va determina scăderea tonusului afectiv cu rezonanţă penibilă. Acest lucru va permite, în continuare, elaborarea activă a unor soluţii acceptate de bolnav (el însuşi fiind artizanul soluţiei sale). (4)

RAUNERVIL. v. REZERPINA

RAUSEDAN. v. REZERPINA

RAUWOLFIA SERPENTINA. v. REZERPINA

REACŢIE ADVERSĂ la un medicament este orice răspuns nociv, care nu a fost cercetat şi care apare chiar şi la doze obişnuite, folosite la om. (7)

REACŢIE PSEUDOCATATONICĂ. Stare psihotică reactivă care apare de obicei după psihotraume şi se manifestă prin simptomele caracteristice sindromului catatonic; se întîlneşte de cele mai multe ori pe fondul unei personalităţi dizarmonic structurate (în care predomină anxietatea). Frecvent se observă în isterie (v. ISTERIE, CATATONIE). (4)

REACŢIE PSIHICĂ. Stările psihice reactive, după Jaspers, se caracterizează prin: a) apariţia lor determinată de factori apropiaţi în timp; b) conţinutul stării în raport comprehensibil cu factorul declanşator şi c) dacă ar dispare cauza s-ar şterge şi starea respectivă. Spre deosebire de aceste elemente caracteristice stărilor R. normale, în patologie se produce o diferenţă, o îndepărtare variabilă de la cauză la efect, iar evoluţia stării R. nu mai depinde de factorul care a produs-o, ci de personalitatea individului respectiv. După Kretschmer, se poate face o diferenţă clară între *stările reactive primitive,* cu debut brutal şi care apar la copii, la persoane primitive sau în cazul în care intensitatea factorilor traumatogeni este foarte mare, şi *stările reactive complexe* mult mai lent constituite, stări în care particularităţile structurale ale persoanei în cauză au un cuvînt extrem de greu de spus. Din grupul R. primitive cele mai importante forme (după Kretschmer-Pélicier) sînt: a). R. explozive caracterizate printr-o descărcare psihomotorie elementară (mînie, ură, agresiune); b). R. de scurt circuit, mai complexe ca precedentele, cum ar fi fuga, dezertarea recruţilor, criza de nostalgie a tinerilor etc.; c). R. isterică; d). R. crepusculară, cu angajarea conştiinţei şi urmată de amnezii parţiale sau totale, pe cînd din R. complexe cele mai bine cunoscute sînt: a). R. depresive şi b). R. paranoide. Th. Kammerer propune o nouă categorie de R. şi anume R. pluridimensionale, cu o evoluţie lungă şi tablou clinic polimorf. Intensitatea generală a majorităţii R. nu depăşeşte domeniul neuroticului, dar (aşa cum

Scanned with CamScanner

spune H. Ey) „cînd omul se apără cu arme care se întorc împotriva lui, se poate ajunge la adevărate psihoze reacționale de tip melancolic sau paranoid cu delir senzitiv". În aceste cazuri structura premorbidă a persoanei este întotdeauna implicată în crearea unor motivații aberante. C. Bonnhöeffer în Germania și mai tîrziu A. Meyer în SUA au exagerat mult prezentarea locului ocupat de R. în psihiatrie. În apariția și dezvoltarea R. se pot deosebi 3 faze: 1). *Faza primară de șoc*, fază de întîlnire brutală cu agenții traumatogeni puternici, care au asupra organismului o influență covîrșitoare, determinînd fie o dezorganizare spre agitație psihomotorie, fugă, fie o „împietrire", o inhibiție foarte puternică. Aceste modele acute de R. au o durată scurtă și revenirea la normal se face rapid și de obicei integral. Unii autori încadrează aici și R. de mînie sau de tristețe produse de diferite cauze psihice. 2). *Faza intermediată* de subșoc este o perioadă în care se organizează modelele de răspuns, de apărare și de adaptare a organismului sub formă de durere prelungită, aversiune, ieșire din ambianța respectivă, revendicare, cenestopatie etc. Durata este variabilă și restabilirea, de multe ori, parțială. 3). *Faza finală* este perioada în care se conturează simptomatologic o formă clinică, cu evoluție prelungită, pentru că traumatismul suferit a lăsat o amprentă gravă asupra persoanei. Cele mai importante forme clinice de R. sînt: *R. de demisie*, apare la copii și adolescenți, cu precădere, și se caracterizează prin retragerea din sfera preocupărilor obișnuite, tendință de izolare progresivă, la o adevărată „disperare mută". Treptat se detașează de toate elementele, problemele care-l interesau, complăcîndu-se într-o pasivitate și un refuz de a face vreun efort. *R. depresivă*, forma predominant afectivă, determinată de pierdere, decepție, eșec, deces etc. Cele mai frecvente cazuri apar la pubertate, precum și în perioada de climax; numărul femeilor întrece pe al bărbaților (3 : 1). Simptomele cele mai frecvente: tristețe, indispoziție, adinamie, inapetență, insomnie, cefalee, anxietate. Treptat, pe față se instalează o adîncire a cutelor, cu imobilitate (masca depresiei), persoana pierde gustul și mai ales interesul pentru activitate, distracții, complăcîndu-se în retragere, izolare. Vorbește foarte puțin, evită societatea, preferă locurile singuratice; ideea suicidului poate apare ca rezultat al inutilității existenței. Este necesar un diagnostic diferențial cu depresia periodică (debutul de schizofrenie, ASC) sau tumorile frontale. *Tratamentul* este complex, condus cu multă grijă și, cel puțin la început, sub o atentă și controlată supraveghere medi-

Scanned with CamScanner

cală. Se va recurge la tranchilizante minore sau timoleptice combinate întotdeauna cu psihoterapie individuală şi de grup. *R. de opoziţie* (de protest) se întîlneşte mai ales la adolescenţi, dar mai poate apare la psihopaţi, debili mintali. În forma uşoară se caracterizează prin explozii zgomotoase de mînie, injurii, grosolănii, nesupunere, vehemenţă, mai mult verbală. În forma gravă, clastomania este elementul cel mai caracteristic (bolnavul sparge obiectele, distruge, devine agresiv, aruncă cu tot ce îi vine, dă foc etc.). Formele grave sînt urgenţe şi reclamă internarea imediată; formele uşoare pot fi tratate ambulator, printr-o cură de 2—3 luni, cu psihotrope sedative. *R. paranoidă* este o formă clinică mai rară, ea survine mult mai frecvent la bărbaţi decît la femei şi, de obicei, după o intensă psihotraumă profesională (insucces, ambiţii etc.). Ideile prevalente şi apoi delirante au tendinţă revendicativă şi cverulatorie în jurul lor se întreţese tot tabloul simptomatologic, tot ele reprezentînd mobilul acţiunilor întreprinse (reclamaţii, ameninţări, şantaj, calomnii etc.). În multe cazuri de R.P. este dificil de a face diagnosticul diferenţial cu psihopatia paranoidă (decompensată), cu delirele cronice sistematizate sau cu parafrenia. Terapia psihotropă este cu atît mai eficientă, cu cît este mai rapid începută şi sistematic condusă. (7)

REACTIVAN (H. 610, W 1206). Este un psihoenergizant, derivat de camfor (fencamfamină). În preparatul tipizat este asociat cu vitamine importante pentru funcţiile SNC (tiamina, piridoxina, ciancobalamina şi ac. ascorbic) şi fosfor. Spre deosebire de camfor, fencamfamina nu are proprietăţi analeptice, efectele sale stimulatoare observîndu-se asupra funcţiilor corticale. Astfel, sînt ameliorate performanţele psihometrice. Acţionează după 30 minute şi stimularea durează 4—8 ore. Spre deosebire de modul de acţiune a aminelor de trezire (Weckamine), efectul său nu este urmat de astenie secundară. Utilizarea sa mai îndelungată nu determină toleranţă şi farmacodependenţă. Mecanismul de acţiune farmacodinamică se realizează prin stimularea formaţiei reticulare şi a cortexului. Echilibrează funcţiile SNV. Potenţează acţiunea hipertensivă a adrenalinei. Vitaminele neurotrope asociate au efect sinergic asupra SNC, iar aportul de fosfor facilitează activitatea neuromusculară. Este indicat în stări de epuizare fizică şi psihică, diminuarea randamentului intelectual, în stări de astenie diurnă, stări depresive, din cadrul neurozelor, tulburări psihice la bătrîni, ASC, stări deficitare după accidente vasculare cerebrale, convalescenţă, labilitatea sistemului circulator cu ten-

Scanned with CamScanner

dință la colaps, lipotimii, tulburări de dinamică sexuală. Efectele secundare constau în augmentarea tensiunii arteriale, inapetență, insomnie. R. este contraindicat în stări de tensiune și hiperexcitabilitate psihică, hipertireoză, glaucom, insuficiență coronariană, insuficiență cardiacă, HTA. Preparatul Reactivan(R) conține pe drajeu 10 mg clorhidrat de fencamfamină, precum și vitaminele B_1, B_6, B_{12}, C și fosfor. Se administrează în prima parte a zilei, de ex. 1—2 drajeuri dimineața și eventual 1 drajeu la amiază. La simpaticotoni, la tineri și la copii, sau în caz de administrare mai îndelungată, se va utiliza numai dimineața. (5)

READAPTARE PROFESIONALĂ. Proces de integrare a deficientului în activitatea profesională, prin reantrenare la o serie de solicitări specifice, mai ales în cadrul unei ergoterapii bine organizate. (6)

RECUPERARE. Termen care se referă la un proces complex, sub aspectul problematicii și a metodelor utilizate, a tipurilor de instituții și componenței echipei terapeutice, care are ca scop final, restabilirea capacității de muncă la nivelul avut anterior sau cît mai aproape de acesta. În cazul existenței unei invalidități, se urmărește asigurarea posibilităților de muncă, în raport cu potențialul funcțional restant, astfel încît să se asigure un coeficient de independență economică și socială cît mai mare. R. are unele implicații particulare în cazul deficitului psihic în raport direct cu cadrul nozologic, dar și cu alți factori, urmărind în special restabilirea unor modele cît mai aproape de normal, pe planul interrelațiilor familiale, profesionale și sociale, prin metode clinico-psihiatrice, psiho-igienice și psihosociale. (6)

REEDUCARE. Proces complex, definind un ansamblu de măsuri pedagogice, ce au ca obiectiv final readaptarea individului la mediu, sub multiplele aspecte pe care acest proces le implică. (6)

REFLEXOTERAPIE. Metodă de tratament bazată pe concepția pavloviană reflexologică, conform căreia o serie de conduite se explică prin condiționare (pe formarea unor reflexe condiționate). Procedînd în sens opus — decondiționarea realizează tehnici terapeutice eficiente în special în unele toxicomanii, alcoolism, mai nou în perversiuni sexuale, îndeosebi în homosexualitate. (v. PSIHOTERAPIE, ALCOOLISM, cura de desgust, PERVERSIUNI SEXUALE). (4)

REFULARE. Termen psihanalitic care desemnează fenomenul de „respingere" sau de menținere în inconștient a unor tendințe instinctive (de multe ori sexuale). Mecanismul prin care

Scanned with CamScanner

se realizează refularea este și el inconștient. Actualmente, R. remaniată teoretic, prin limitarea semnificației sexualiste, caracterizează, în accepțiunea psihanalitică, unele stări neurotice și chiar psihotice, în care elementul psihogen ca factor etiopatogenetic poate fi întrevăzut. (4)

REFUZ ALIMENTAR. În sens psihiatric, R.A. este o conduită anormală, consecință a unor tulburări psihice grave. În primul rînd refuzul alimentar este determinat de un delir (fie micromanic, melancolie, fie paranoid, schizofrenie). În primul caz se întîlnesc idei delirante de ruină, de negare a organelor, de nedemnitate, vinovăție și de suicid; în delirele paranoide temele mai frecvente sînt cele de otrăvire și persecuție, la care se adaugă negativismul din catatonie, halucinațiile imperative etc. R.A. apare destul de frecvent și în psihozele delirante cronice în P.G.P. unele episoade maniacale acute, stări confuzionale, isterie etc. Uneori R.A. este întîlnit în situații particulare (ex. în detenție), dar ca manifestare psihopatologică, spre deosebire de cel voluntar care are alte motivații. De asemenea este necesară diferențierea între R.A., anorexia mintală și greva foamei, care este intenționată. Tratamentul este cel al bolii psihice, la care se adaugă persuasiunea și perseverența personalului medical, în scopul capacitării bolnavului să se alimenteze. Sînt cazuri cînd se impune alimentarea prin metode medicale speciale (v. ALIMENTAȚIE ARTIFICIALĂ). (4)

REGRESIUNE. Termen psihanalitic care exprimă retragerea sau „reîntoarcerea" trăirilor psiho-afective sexuale, la stadiul sau faza autoerotică a copilăriei. R. înseamnă deci o reîntoarcere la stadiul infantil al sexualității, în care adesea satisfacerea erotică se realizează în sfera imaginației și evocărilor mnestice. Psihanaliștii susțin că R. este determinată de traumele psihosexuale pe care le trăiește individul în încercarea sa de a-și „proiecta" libidoul în afară, spre sexul opus. (4)

REICHARD, SEMNUL LUI. Probă de evidență a halucinațiilor vizuale, prin solicitarea bolnavului să citească pe o foaie albă. (7)

RELAȚIE, DELIR DE. v. DELIR

RELIGIOS, DELIR. v. DELIR

REOENCEFALOGRAFIE. Metodă de explorare, bazată pe înregistrarea cu aparaturi speciale, a variației impedanței țesutului cerebral la trecerea unui curent alternativ de înaltă tensiune, ce depinde de masa sanguină intra și extracerebrală.

Scanned with CamScanner

Indicații principale în patologia vasculară cerebrală, tumori cerebrale, traumatisme cranio-cerebrale. (6)

REPERCUSIVE, HALUCINAȚII, sin. SINESTEZICE. v. HALUCINAȚIE

REPRESIUNE. Termen psihanalitic care definește procesul psihologic prin care supraeul reprimă, împiedică, prin „cenzură", realizarea tendințelor care nu sînt conforme normelor sociale (v. REFULARE). (4)

REȚEA, DELIR ÎN. v. DELIR

RETROACTIV, DELIR. v. DELIR

RETROGRAD. v. AMNEZIE

RETROSPECTIV, DELIR. v. DELIR

REVENDICATIV, DELIR. v. DELIR

REVERIE. Termen care definește o stare de detașare de realitate, intermediară între gîndirea vigilă și vis, denumită și „visare cu ochii deschiși". În R. intervine fantezia, subiectul lăsîndu-se furat de o serie de gînduri și imagini, dictate de o logică „afectivă". El se avîntă sub imperiul imaginației, „construiește castele în Spania" pierde pentru moment contactul cu realitatea. R. nu are întotdeauna o semnificație patologică, fiind, de ex., o trăsătură a pubertății. Ea este favorizată de monotonia sau absența stimulilor exteriori, de un anumit tip constituțional (schizoizii avînd înclinații spre R.). Poate avea semnificația unui simptom neurotic la copii și la adulți, a unei fugi din realitate în imaginar. R. apare în isterie, schizofrenie. (3)

REZERPINA este alcaloidul principal conținut în rădăcinile unor plante din genul Rauwolfia (mai ales R. serpentina) din familia Apocinaceelor. Se absoarbe bine după administrarea per os și de la locul injecției. Acțiunile sale se instalează după o perioadă de latență variabilă, în funcție de calea de administrare, și sînt preponderent nervos centrale (neuroleptice), spre deosebire de acțiunea altor alcaloizi, conținuți în plantele menționate, care au acțiuni preponderent periferice, neurosimpaticolitice (Raubazina). R. este un hipotensor deosebit de valoros. Acțiunea sa este evidentă mai ales la hipertensivi și se instalează lent, după cîteva ore după administrarea i.m. sau în cîteva zile după aplicarea per os, menținîndu-se cîteva zile sau săptămîni și după întreruperea tratamentului. Efectul neuroleptic se datorește spolierii depozitelor de CA și 5-HT din SNC. Acțiunea hipotensoare se produce prin deprimarea centrilor vasomotori mezencefalici și printr-un efect periferic simpatoli-

Scanned with CamScanner

tic. Are de asemenea acțiune inhibitoare asupra hormonogenezei tiroidiene. R., deși este un antipsihotic eficient și puțin toxic, se utilizează azi mai rar în psihiatrie datoritá efectelor secundare numeroase și severe pe care le produce (fenomene parasimpaticomimetice, agravarea ulcerului, hipotensiune ortostatică, bradicardie intensă, glaucom, depresie psihică, anxietate paradoxală, tendință la suicid, facilitează apariția convulsiilor, potențează EȘ, determină intense fenomene extrapiramidale etc.). În afara acestor inconveniente, în psihoze eficacitatea sa este mai redusă decît a altor neuroleptice. R. se poate utiliza cu prudență în neuroze, tulburări vegetative, tahicardie sinusală, hipertiroidism. Indicația principală o constituie boala hipertensivă. R. este contraindicată în intoxicațiile cu substanțe deprimante ale SNC, stări comatoase, stări depresive, epilepsie, parkinsonism, ulcer, hipotensiune arterială pronunțată, sarcină și în caz de alergie la acest medicament. Se administrează cu prudență la astmatici, cardiaci, femei care alăptează. Nu se asociază cu derivați fenotiazinici. Se va evita asocierea cu guanetidină, digitală, antiaritmice de tipul chinidinei. *Preparate. Posologie.* Raunervilul(+) (Rausedan(R), Reserpin(R), Serpasil(R)) se prezintă sub formă de fiole de 1 ml care conțin 2,5 mg rezerpină. Deși s-a menționat rezerva majorității psihiatrilor față de acest medicament, sînt opinii după care, în psihozele acute, se pot administra i.m. inițial 1/2—2 fiole, iar doza pe zi, în unele forme paroxistice acute, în schizofrenie sau în stările maniacale, poate fi ridicată treptat pînă la 20 sau chiar 40 mg (Ciurezu și colab., 1973). R. se va prescrie pe cît posibil numai la psihoticii hipertensivi, doza stabilindu-se după toleranța bolnavului (3—6 mg pe zi). Hiposerpilul(+) conține pe comprimat 0,250 mg R. În neuroze se administrează 1/2—1 comprimat pe zi. Preparatul poate fi indicat și ca medicație de întreținere în psihoze (1,5—2 mg pe zi). Aplicațiile sale sînt mai ales în medicina internă (boala hipertensivă). Alți alcaloizi cu acțiune centrală, izolați din Rauwolfia sînt: deserpidina (Harmonyl(R)), care are acțiuni liniștitoare mai reduse decît R., este hipotensivă, rescinamina (Moderil(R)). Ambele se pot utiliza în tratamentul neurozelor. (5)

REZIDUAL. v. DELIR

REZISTENȚA. Noțiune psihanalitică care desemnează capacitatea și rolul deosebit de important al conștientului de a se opune în fața tensiunii psiho-afective, determinate de tendințele primitive reprimate și împiedicate, în desfășurarea lor. În lipsa acestei descărcări afective, se acumulează starea de

Scanned with CamScanner

tensiune (concept energetic împrumutat de Freud din conceptul panenergetismului universal elaborat de W. Oswald), față de care „rezistența" conștientului devine necesară. (4)

RIGIDITATE PSIHICĂ, sin. și v. PSIHORIGIDITATE

RILAX. v. CLORDIAZEPOXID

RINOLALIE. v. DISLALIE

RIPOFOBIE. v. FOBIE

RITM-EEG. Succesiune de unde, respectiv o activitate bioelectrică cerebrală, cu frecvență și morfologie relativ constantă. Sub raportul frecvenței, adică a numărului de cicli pe secundă, relativa constantă trebuie înțeleasă în sensul unei posibile variații în anumite limite, particulare fiecărui ritm (v. și ACTIVITATE EEG). Sub raportul morfologiei, undele ce alcătuiesc ritmul pot fi monomorfe (contur regulat) sau polimorfe (contur neregulat) această ultimă observație aplicîndu-se ritmului delta. (6)

RÎS PARADOXAL. v. AFECTIVITATE PARADOXĂ

RÎS SPASMODIC. Termenul definește accesele de rîs cu caracter spasmodic, respectiv mimica caracteristică fiind fixată în general pentru o perioadă mai lungă de timp, ce, eventual, poate alterna cu accese de plîns declanșate de factori psihici cu totul banali, fără semnificație deosebită pentru o persoană sănătoasă. În patologie R.S. este un simptom caracteristic al sindromului pseudobulbar. (v. și PLÎNS SPASMODIC). (6)

RITUAL. Tulburare de comportament caracterizată prin repetarea fără rost a unor mișcări sau acțiuni, strîns corelate cu conținutul stărilor obsesivo-fobice pe care le completează; bolnavul recurge la întregul grup de acțiuni (spălat, dezbrăcat, îmbrăcat, umblat în genunchi, atingerea colțurilor etc.), mai ales în episoadele de mare intensitate a trăirilor obsesivo-fobice. (7)

ROMPARKIN. v. TRIHEXIFENIDIL

ROMTIAZIN. v. PROMAZINA

ROTACISM. v. DISLALIE

RUDOTEL. v. MEDAZEPAM

RUINĂ, DELIR DE. v. DELIR

RUMINAȚIE. Tulburare psihică întîlnită în special în psihastenie și neuroza obsesivo-fobică. R. se caracterizează printr-o perseverare lungă, inutilă și obositoare, într-o singură direcție tematică, asupra uneia și aceleiași idei, pe care bolnavul o tălmăcește și răstălmăcește în fel și chip. R. este un model de inerție mintală, de stagnare, de lipsă de mobilitate psihică. (7)

Scanned with CamScanner

SADISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

SAFISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

SALATA DE CUVINTE. Prezentarea verbală sau scrisă a noțiunilor, fără legătură logică între ele, ca urmare a disociației sau a stării confuzive în care se găsește bolnavul. (7)

SALVATORI—ESQUIROL—HUGELAND, SINDROM, sin. DIPSOMANIE. v. ALCOOLISM

SAPILENT. v. TRIMIPRAMINA

SARE TEBAICĂ (SAL THEBAICUM). v. CLORHIDRAT DE MORFINĂ

SAROTEN. v. AMITRIPTILINA

SATANOFOBIE. v. FOBIE

SATIRIAZIS. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

SĂNĂTATE MENTALĂ. În general, se admite că S.M. constituie suma de aptitudini psihologice, armonios conexate, într-un model unic de asimilare, acomodare și acțiune asupra mediului biologic și psihosocial în care trăiește individul. S.M. poate fi considerată, concomitent, cauză și efect a adaptării corespunzătoare a omului la mediu; cauză, deoarece de calitatea aptitudinilor psihice depinde în mare măsură articularea normală a individului în ambianță, și efect, întrucît mediul socio-familial și educativ modelează și șlefuiește, pozitiv sau negativ, potențialitățile psihismului. Acesta este și sensul măsurilor luate de OMS, care vizează crearea unor condiții individuale și colectiv-sociale, capabile să concure la obținerea S.M., care nu este și nu poate fi o structură psihologică determinată definitiv; ea trebuie văzută ca o funcție psihologică în „mișcare" continuă, versatilă, dinamică și într-o permanentă relație cu ambianța, care, de asemenea, este variabilă. În încercarea de a fixa cîteva repere psihice dinamice, Sivadon și Duchêne (după Porot) susțin că aceasta ar trebui să conțină

Scanned with CamScanner

următoarele aspecte pozitive: 1). Capacitatea de adaptare la mediu şi la diferite situaţii care pot apare (fizice, psihologice, sociale etc.); 2). Capacitatea de a obţine satisfacţii de la viaţă (realizarea individuală, familială, profesională etc.); 3). Rezolvarea corespunzătoare, atît pentru individ cît şi pentru societate, a trebuinţelor instinctivo-afective cu deosebire sexuale. Ţinînd seama de însemnătatea S.M. pentru individ şi pentru societate, mai ales în actualele circumstanţe ale revoluţiei tehnico-ştiinţifice, caracterizată prin adînci prefaceri economico-sociale, se impune cu necesitate elaborarea unui ansamblu de măsuri capabile să apere şi să menţină S.M.; această sarcină revine mai ales igienei mintale. Un rol deosebit în realizarea obiectivelor S.M. îl are laboratorul de psiho-profilaxie (v. L.P.P.). (4)

SCABOFOBIE. v. FOBIE

SCATOFAGIE. v. COPROFAGIE

SCATOFOBIE. v. FOBIE

SCATOLOGIE. v. COPROLALIE. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

SCEVOLISM. v. AUTOMUTILARE

SCHEMA CORPORALĂ. Se înţelege prin S.C. reflectarea în conştiinţa noastră a imaginii propriului corp integrat în coordonatele temporo-spaţiale, atît în statică cît şi în dinamică. Imaginea corporală este rezultatul unui proces psihofiziologic complex, care se formează în paralel cu întreaga dezvoltare a psihicului în general. Principalele tulburări de S.C. se întîlnesc în leziuni organice cerebrale (hemiplegii, tumori, traumatisme) şi fac parte din grupul agnoziilor. Acestea sînt: 1). *Hemiosomatognozia,* sindromul lui Babinski; se întîlneşte la hemiplegici. Bolnavii nu pot identifica jumătatea de corp paralizată. În plus se pot întîlni, ca fenomene psihice asociate, şi tulburări de atenţie, de afectivitate şi de orientare mai ales în timp. 2). *Stenotopagnozie,* sau sindromul lui Pick, constă în incapacitatea bolnavului de a localiza segmentele propriului său corp. Această tulburare se însoţeşte frecvent de pierderea orientării dreapta-stînga. 3). *Sindromul Gertstmann,* alcătuit din mai multe agnozii în cadrul căreia elementul principal îl constituie agnozia digitală. Bolnavul nu-şi poate identifica degetele 2, 3 şi 4. Se mai observă acalculie, agrafie şi dezorientare dreapta-stînga. Leziunea care produce acest sindrom se găseşte în ariile 39 şi 79 ale emisferului stîng. 4). *Membrul fantomă.* Se caracterizează prin faptul că unii bolnavi cu membre amputate acuză diferite senzaţii la nivelul segmentului amputat,

Scanned with CamScanner

cum ar fi: durere, arsuri, prurit etc. Iluzia M.F. apare mai frecvent în amputația membrelor inferioare la tineri (de obicei în primele luni după amputație), regresînd cu timpul. Există și tulburări de S.C. care apar în afara unor leziuni organice cerebrale, fiind de natură psihosenzorială. Dintre acestea se menționează tulburările întîlnite în debutul de schizofrenie și descrise de bolnavi ca o senzație de modificare a corpului, de creștere sau deformare a unor membre, de modificare a aspectului feței, lungirea urechilor, a nasului, creșterea capului etc. În afară de schizofrenie, tulburări de S.C. se mai pot întîlni în psihastenie, isterie sau epilepsie. (2)

SCHIZASTENIE. Termen propus de Dimitrijovici (1952) pentru a delimita o formă clinică rară și deseori infraclinică a schizofreniei, caracterizată printr-o simptomatologie neurotică frustă, în care oboseala, mai mult acuzată cu convingere de bolnav decît reală, este elementul dominant. (7)

SCHIZOFAZIE. Formă de schizofrenie în care tulburările vorbirii sînt masive, ajungîndu-se la „salata de cuvinte", pe care Kraepelin o numea confuzie verbală. Se remarcă faptul că, multă vreme, unii bolnavi își conservă o capacitate de inserție sociofamilială elementară, datorită faptului că celelalte funcții psihice sînt relativ mai puțin modificate (Gurevici). (4)

SCHIZOFRENIE. E. Kraepelin, preluînd termenul de demență precoce de la Morel, descrie, în manualul său, pentru prima oară această entitate nozografică. Predecesorii săi, din secolul al XIX-lea, au subliniat deja o serie de importante caracteristici, cum ar fi debutul timpuriu, disociația, autismul și progresiva deteriorare mentală. Studiul clinic al lui Kreapelin s-a bazat mai ales pe catatonie, publicată de Kahlbaum în 1874, și pe hebefrenie, descrisă de Heckel, în 1870. Ulterior lui E. Bleuler (1911) îi revine meritul de a fi adunat în grupul schizofreniilor toate formele clinice la care considera drept elemente esențiale prezența disociației și a autismului. Mai tîrziu Kleist, Leonhardt, Jaspers, K. Schneider și Langfeld au adus fiecare contribuții importante în precizarea cadrului actual al S. *Etiopatogenie*. S. rămîne și pe mai departe cel mai controversat capitol din psihiatrie, fapt care explică insistențele mari cu care fiecare nouă cucerire în domeniul biologiei și-a găsit aici un larg ecou. Ereditatea continuă să fie incriminată; datele statistice arată că riscul îmbolnăvirii în populație este de aproximativ 1%, dar cifra ajunge la 2—3% în familiile care au schizofreni între rudele de gradul II sau III. În același timp, morbiditatea ajunge la 40% la copiii

Scanned with CamScanner

cu ambii părinți schizofreni și la 50—60% la gemenii monozigoți. Rosenthal, Kety, în studiile lor pe gemeni, au arătat că aceștia se nasc cu multe complicații (nașteri prelungite, asfixii etc.) și că în cursul dezvoltării, din primii ani mai ales, pot prezenta modificări neuropsihice diverse, confirmînd ipoteza existenței unei adevărate vulnerabilități genetice. S-a căutat de asemenea cu multă ardoare să se elucideze rolul jucat de factorii toxiinfecțioși în apariția S. Kraepelin credea într-o endotoxină; Baruk a emis ipoteza unei intoxicații hepato-digestive, iar Buscaino a încercat să arate rolul toxinei colibacilare. Osmond a lansat teoria existenței unui factor toxic metabolic al epinefrinei, și anume taraxeina, care ar putea produce S.; Harley-Mason s-a gîndit la un proces de transmetilare a catecolaminelor, similar cu substanțele halucinogene, fapt care a determinat pe Hoffer și Osmond să preconizeze un tratament masiv cu nicotinamidă, care este un metilacceptor. La rîndul lor, psihiatrii americani au încercat să demonstreze importanța primordială a factorilor socio-familiali în apariția S. Cercetările în această direcție făcute de Hoff, Green, Erikson, Lids și alții au arătat că în familia de schizofreni există întotdeauna o însemnată carență afectivă, care dă aerul unei „familii de roboți", unde fiecare membru își duce propria viață, tolerîndu-se reciproc, dar neinteresîndu-se de preocupările celuilalt și participînd puțin sau deloc la evenimente comune. *Simptomatologie. Debutul* S. reprezintă unul din cele mai importante momente ale bolii pentru instituirea unui tratament eficace; el este de multe ori cu greu recunoscut ca atare, pentru că simptomatologia în această perioadă este departe de a fi caracteristică și, dealtfel, poate fi ușor confundată cu alte boli psihice cu care, cel puțin aparent, are elemente comune. Cele mai individualizate forme de debut sînt: a). Debutul acut, care îmbracă aspectul unui episod confuzo-oniric, maniacal, depresiv sau cenestopat. Unii autori includ aici și debutul comportamental (medico-legal) manifestat prin viol, furturi repetate, vagabondaj, prostituție etc. Episodul psihotic are o durată variabilă (aproximativ 2—6 săptămîni), după care urmează o perioadă de relativă remisie. La aproximativ 6 luni, episodul se repetă similar cu precedentul sau sub o altă formă simptomatologică, urmat de o nouă tendință de remisie, pentru ca, odată cu cel de-al treilea episod, să se intre cu adevărat în perioada de stare a bolii. În totalitatea sa, debutul acut intermitent se întinde pe o perioadă de aproximativ 1—3 ani. b). Debutul lent, insidios apare în adolescență și se manifestă printr-o schimbare

Scanned with CamScanner

progresivă a tînărului. Acesta manifestă dezinteres pentru problemele practice şi concrete, începe să se adîncească în studierea unor speculaţii abstracte sterile, se îndepărtează de colegi, îşi petrece majoritatea timpului citind, visînd de unul singur în vreun ungher. Devine retras, refuză să meargă la petreceri, excursii, concursuri sportive, are o privire distrată, este neglijent, delăsător, se îmbracă ciudat, vorbeşte fără a putea fi înţeles şi urmărit, rîde singur, gesticulează, pare mereu distrat, visător. c). Debutul subacut se caracterizează printr-o simptomatologie cenestopată, care se instalează într-o perioadă de 6 luni—1 an; preocupările ipocondriace, uneori bizare, îl fac să consulte diverşi medici. *Perioada de stare* coincide cu instalarea simptomelor particulare S., regăsite în majoritatea formelor clinice descrise în această perioadă. Cele mai semnificative simptome sînt: disociaţia, lipsa preocupărilor pentru propria sa dezvoltare în perspectivă, platitudinea afectivă, autismul, halucinaţiile, mai ales auditive, ideile delirante de interpretare — relaţie — persecuţie, lipsa promptitudinii şi a preciziei în decizii şi operaţii concrete, tendinţa de a plana într-o lume a speculaţiilor sterile şi a ipotezelor, detaşarea vibizilă de ambianţă şi proiectarea într-o ipostază imaginară, similară visului. Executînd automat ceea ce i se cere, de cele mai multe ori, schizofrenul amînă ceea ce urma să rezolve din proprie iniţiativă. La acestea se adaugă frecvente perioade de blocaj, negativism, de activităţi paradoxale stereotipe ori impulsive, cu aspect ludic, sau de un manierism exagerat. Celor patru simptome principale descrise de Bleuler — disociaţia, autismul, ambivalenţa şi platitudinea afectivă —, li s-au adăugat cu timpul altele, fără a se putea însă atribui nici unuia o adevărată valoare patognomonică. Fiecare formă clinică se bazează pe prezenţa unor tulburări, care au o preponderenţă variabilă şi sînt, la rîndul lor, completate de seria amplă de tulburări secundare şi accesorii. Prezenţa dispoziţiei delirante şi a delirelor în special, deşi este semnificativă, nu constituie unul din cele mai importante elemente, cunoscîndu-se că există forme de S. în care ele pot lipsi cu desăvîrşire. Tulburările psihice sînt de multe ori însoţite de modificări neurovegetative, endocrine şi somatice, modificări care completează tabloul clinic. Cu toată această mare diversitate de tulburări, pentru a realiza o sistematizare, Endicott, Spitzer şi alţi psihiatrii americani împart simptomele, care apar în perioada de stare a S., după importanţa lor, în 3 categorii principale şi anume: *Simptome semnificative,* care aduc precizări în elaborarea diagnosticului

Scanned with CamScanner

de S.; aplatizarea afectivă, tulburările de gîndire formale (asociațiile de idei), delirul de influență, ecoul gîndirii, furtul gîndirii și tulburările catatonice. *Simptome observate frecvent* în S., dar care pot apare și în alte boli psihice, astfel că diagnosticul se face cu prudență: apatia, agitația psihomotorie de tip catatonic, halucinațiile cenestopatice și auditive. *Simptome care sînt comune S. și altor boli psihice,* ceea ce face ca diagnosticul să fie pus cu prudență și după o îndelungată observație: delirul de relație, halucinațiile, comportamentul bizar, instabilitatea legăturilor interpersonale, insuficiența supleții personale în diverse situații, preocupările cenestopatice. După studiul transcultural întreprins de OMS (1973—1975) în 9 țări, cu nivel variat de dezvoltare socio-economică, s-a ajuns la concluzia că simptomele cele mai frecvente și semnificative pentru precizarea diagnosticului de S. sînt: lipsa perspicacității, halucinațiile auditive și verbale, ideile de referință, delirul de relație și persecuție, atmosfera de bănuială (suspiciune) platitudinea afectivă, dispoziția delirantă, înstrăinarea și ecoul gîndului. *Formele clinice.* Majoritatea autorilor clasifică formele clinice în funcție de simptomele predominante. *Schizofrenia paranoidă* este forma cea mai bine conturată și considerată mai ales de psihiatrii francezi drept cea mai tipică. Debutul său, de obicei insidios, este mai tardiv ca a celorlalte forme (după 20 ani), iar caracteristica acestei forme o dă complexul delirului halucinator de relație — interpretare — persecuție, care prinde ca într-un păienjeniș întreaga personalitate a bolnavului. Ideile delirante pasagere, fragmentare, bizare și chiar absurde, se alimentează mereu din tematica paranoidă, susținută dealtfel în permanență de halucinațiile auditive, tactile și vizuale. Comentariul delirant megaloman poate apare tardiv, ca un nou mod de a susține partitura persecutorie. *Schizofrenia hebefrenă,* descrisă pentru prima oară de Heller (1870), debutează de obicei lent, în plină perioadă pubertară, prin apariția treptată a degradării psihice. Lipsa de interes, ambivalența și sentimentul înstrăinării apar împreună cu barajul gîndirii, perseverarea ideativă sub o falsă și vădit aparentă mască de veselie nemotivată. Bolnavii sînt capabili să facă fel de fel de glume sau de farse de prost gust, devenind grosolani și vulgari. Tulburările de limbaj, sub formă de neologisme, ecolalie, iterație, se alătură gravelor tulburări de comportament. Exploziile nemotivate de rîs și plîns sînt urmate de inerție, pasivitate, neîndemînare, încăpățînare. Datorită tulburărilor mari din sfera conitivă, acești bolnavi nu pot fi ținuți în familie. Evoluția hebefre-

Scanned with CamScanner

niei merge spre o degradare a persoanei, motiv pentru care este considerată ca forma cu cel mai rezervat prognostic. *Schizofrenia catatonică* se manifestă printr-o serie de tulburări psihomotorii, descrise de Kahlbaum, sub denumirea de catatonie. În cursul evoluției, tabloul clinic prezintă două perioade mai distincte: o perioadă de agitație psihomotorie catatonică și alta de stupoare catatonică. Forma agitată are o durată scurtă (cîteva zile) și apare ca o adevărată descărcare psihomotorie primitivă, elementară, limitată la un spațiu restrîns și puțin influențată de anturaj. În forma stuporoasă, care are o durată de săptămîni sau chiar de luni de zile, se pot observa majoritatea elementelor care formează sindromul catatonic și anume: flexibilitatea ceroasă, negativismul, pasivitatea, fenomenele de ecou (ecolaxia, ecomimia, ecopraxia); manierismele și automatismul de comandă completează, în general, manifestările din S. catatonică. *Schizofrenia simplă* are un debut lent, insidios și o simptomatologie mai ștearsă, cu tendință evidentă spre cronicizare. Autismul, bizareriile, aplatizarea afectivă și disociația sînt simptomele cele mai des observate, la care se adaugă preocupările cenestopate, neglijența profesională, episoadele onirice, halucinațiile auditive etc. *Alte forme clinice*. În afara celor patru forme considerate clasice se mai descriu: forma infantilă, juvenilă, tardivă, neurasteniformă, psihopatiformă, S. grefată, schizomania, S. latentă etc. forme dealtfel mai rar întîlnite și cu o simptomatologie mai puțin caracteristică, fapt pentru care sînt în parte contestate de unii psihiatri. *Diagnosticul diferențial*. Cele mai multe probleme de diagnostic diferențial le ridică formele de debut unde simptomatologia nefiind bine conturată, tabloul clinic poate fi ușor confundat cu o altă boală psihică (neuroză, psihopatie, psihoza maniaco-depresivă etc.). În perioada de stare, dificultățile în precizie diagnostică sînt date mai ales de formele atipice și oligosimptomatice. *Evoluția* generală a S. a demonstrat că 25—45% dintre bolnavi se restabilesc complet sau aproape complet, astfel că pot duce o viață cvasinormală în cadrul ambianței lor sociofamiliale și profesionale; din rest, 5% se transformă în psihoze reziduale sau cronice și rămîn internate, iar restul de 50—60% au o evoluție periodică, care solicită o supraveghere mai susținută realizîndu-se o inserție mai mult familială decît socială. Dealtfel se știe că în S. majoritatea transformărilor au loc în primii 3 ani, după care se instalează o platformă aproximativ constantă pentru viitorii 20—40 ani. *Prognosticul* unei S. se

Scanned with CamScanner

face mai ales după debut și formă clinică. Astfel, debutul acut, zgomotos are un prognostic mai favorabil decît debutul lent progresiv. De asemenea episoadele confuzo-onirice acute au un prognostic mai bun decît stările halucinator-paranoide prelungite. Bolnavul care a prezentat înaintea debutului o bună adaptare socio-profesională și familială va avea un prognostic mai bun decît acela care a avut anterior îmbolnăvirii o inserție socio-profesională și familială precară. *Tratamentul* S. este complex, el obligînd la un plan terapeutic amplu și bine alcătuit. Este de preferat ca în perioada de debut să se facă o cură intensivă de neuroleptice majore (clorpromazină, haloperidol, levomepromazină), cură urmată îndeaproape de un tratament ambulator cu psihotrope retard sau depôt (Moditen, Lyogen); bolnavul schizofrenic va fi cuprins într-un tratament psiho-socioterapeutic de redresare socio-profesională. În această direcție, psihiatria de sector, alături de laboratoarele de sănătate mintală, pot să intervină cu multă eficiență. Cura Sakel (v. INSULINOTERAPIE) continuă să aibă o indicație specială pentru formele de debut, așa după cum electroșocul (v. ELECTROȘOC) poate fi folosit în episoadele de mare intensitate, în combinație cu psihotropele majore. *Expertiza medico-legală.* Infracțiunile și delictele comise de schizofreni sînt relativ reduse ca număr. Dată fiind gravitatea afecțiunii și prezența simptomelor psihotice sub imperiul cărora se produc, bolnavul este considerat fără discernămînt și va urma în continuare un tratament obligatoriu ambulator sau cu internare. (7)

SCHIZOGRAFIE. Levy-Valensi a propus această denumire pentru toate tulburările de scris întîlnite în S. (7)

SCHIZOIDIE. Reprezintă, în accepțiunea unor psihiatri (Bleuler, Jung), accentuarea trăsăturilor schizotime în care abstractul, izolarea, introversiunea se transformă în inadaptabilitate socială, raționalism morbid, idealism rigid etc. S. este considerată o stare patologică care face dificilă, dacă nu chiar imposibilă, adaptarea individului la mediul socio-familial. S. ar reprezenta un „palier" spre schizofrenie, întrucît datele recente arată că aproximativ 50% din totalul schizofrenilor au prezentat în antecedente trăsături schizoide. Dacă noțiunea de S. este un cîștig cert pentru psihiatrie și pentru înțelegerea schizofreniei ca boală, ea nu trebuie supraevaluată în sensul considerării schizofreniei ca rezultat al evoluției schizotimiei, în S. și apoi în schizofrenie. Totuși unii autori, Kretschmer, Bleuler și cu oarecare rezerve Hoffmann, Mauz etc., consideră

Scanned with CamScanner

termenii schizotimie, schizoidie și schizofrenie drept grade ale aceleiași dispoziții caracteriale. În schimb, Bumke, K. Schneider, Luxemburger etc. cred că pentru a trece de la S. la schizofrenie este nevoie de intervenția altor factori, care încă nu sînt binecunoscuți. Berze și Bumke arată că deși S. nu este egală cu schizofrenia, în unele cazuri caracterele schizoide sînt atît de marcate și cu tendințe la agravare atît de vizibile, încît această capacitate evolutivă impune ideea că, cel puțin în aceste cazuri, este vorba de o schizofrenie în formă atenuată. Într-adevăr izolarea, bizareriile, concepțiile ideologice sumbre, tulburarea vieții afective, cu absența simpatiilor, a dragostei, dezinteresul pentru existența reală, cu evadarea în abstract, trăsături care, prin acumulare, „închid" treptat lumea reală, realizînd în final o modalitate autistă de existență, ne amintesc de lumea aparte a schizofrenului. Acestea sînt motive pentru care s-a propus termenul de „schizoidie evolutivă" (Berze), care după Zilborg ar fi o „schizofrenie ambulatorie" sau, după Nielsen, o „schizofrenie apsihotică". (4)

SCHIZOMANIE. Entitate clinică propusă de Claude și caracterizată prin prezența unor episoade de agitație psihomotorie, însoțită de tulburări comportamentale, similare maniei, dar după care, în perioada de remisie, se decelează o simptomatologie neurotică. În S., disociația și platitudinea afectivă sînt de-abia schițate față de adevăratele forme clinice de schizofrenie, fapt pentru care această entitate poate fi uneori clasificată și în cadrul psihozelor atipice. (7)

SCHIZONEVROZA. Formă clinică particulară de schizofrenie, denumită încă și schizofrenie afectivă; pseudonevroză schizofrenică sau schizoză (după Claude). Pe un fond de schizoidie, evoluează alternativ episoade sau pusee psihotice, de durată relativ scurtă, cu simptome de aspect nevrotic, mai adesea isteric (care sînt mai lungi), ocupînd uneori întreaga scenă a vieții psihice. Tabloul clinic este polimorf. Perioadele psihotice sînt dominate de reverii imaginative, negativism, alteori de mutism, agitație, exaltare, hipererotism etc. Contactul cu mediul ambiant este dificil, uneori imposibil. Simptomele din seria neurotică sînt și ele masive: crize nervoase, stări crepusculare, elemente obsesionale, tulburări de memorie etc. (4)

SCHIZONOE. Termen care are, după Marchais, două înțelesuri: a). Pichon îl utilizează pentru a defini decalajul constant între conduita conștientă și inconștientă a unei persoane, iar b). Codet și Lafforgue îl definesc ca o stare de „arierație afectivă", o adevărată platitudine afectivă. (7)

Scanned with CamScanner

SCHIZOPARAFAZIE. Tulburare gravă de limbaj, descrisă de Moor şi caracterizată printr-o exprimare fără sens a cuvintelor, ceea ce înseamnă o adevărată disociaţie verbală. (7)

SCHIZOPARAGRAFIE. Denumire dată de J. Bobon (1950) pentru folosirea inutilă, absurdă a unor litere în cadrul cuvintelor scrise de schizofreni. (7)

SCHIZOPARALEXIE. J. Bobon (1950) defineşte prin S. tulburarea de citit, caracterizată prin introducerea automată de litere parazite inexistente în cuvîntul respectiv. (7)

SCHIZOPATIE. v. SCHIZOTIMIE

SCHIZOTIMIE, sin. SCHIZOPATIE. Noţiune introdusă de Bleuler în 1920, prin care descrie un tip caracterial normal, cu anumite trăsături psihologice: hipersensibilitate, timiditate, tendinţa spre introversiune şi răceală afectivă, reţinere pînă la inhibiţie, dar cu un potenţial manifest spre reacţii impulsive, inadecvate şi neaşteptate. După unii psihiatri (Kretschmer, Jung, Bleuler), schizotimia reprezintă psihotipul predispozant pentru schizofrenie, fapt contestat de alţii, întrucît schizofrenia apare şi în cadrul altor prototipuri de personalitate premorbidă. (4)

SCHIZOZE. H. Claude a propus acest nume în intenţia de a reuni, sub o singură etichetă, formele disparate şi atipice care au la bază o structură schizoidă, dar pot evolua divers, simptomatologic. (7)

SCOFOFOBIE. v. FOBIE

SCOPOFOBIE. v. FOBIE

SCOPTOFILIE, sin. VOIERISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

SCOPTOFOBIE. v. FOBIE

SCOTOFOBIE. v. FOBIE

SCOTOM, SCOTOMIZARE. În psihiatrie termenul se utilizează atît sub formă de substantiv cît şi de adjectiv. Substantivul scotom se referă la tulburări de memorie (scotom mnestic), în care bolnavul nu-şi poate aminti unele evenimente sau întîmplări cu conţinut penibil pentru bolnav. Adjectivul scotomizare semnifică mecanismul psihic inconştient şi selectiv prin care persoana înlătură, din cîmpul conştiinţei, fapte şi amintiri cu o încărcătură afectivă neplăcută sau dureroasă (Cahen). În clinică, fenomenul se întîlneşte în nevroze (în special în nevroza isterică, în unele stări reactive, la unii psihopaţi). (2)

Scanned with CamScanner

SECTOR, DELIR ÎN. v. DELIR

SECUNDAR, DELIR, HALUCINAȚIE, v. DELIR, HALUCINAȚIE

SEDALANDE. v. FLUANISON

SEDUXEN. v. DIAZEPAM

SEISMOTERAPIE. v. ELECTROȘOC

SELAFOBIE. v. FOBIE

SEMIHALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚIE

SENESCENȚĂ sau îmbătrînire. Este considerată ca un fenomen biologic general și normal al evoluției individului. În această calitate S. se manifestă la toate nivelele structurale biologice, de la cel molecular pînă la cel de organ. Personalitatea în ansamblul său este și ea „marcată" de fenomenul senescenței. Se admite că S. se manifestă, în linii generale, pe două planuri. Unul strict organic, altul psihologic. Ambele strîns unite în determinismul fenomenului de senescență, care este unitar, se completează reciproc în modalități de expresie somato-psihologice, destul de caracteristice. Raportată timpului biologic trăit, S. poate fi considerată ca o a treia „vîrstă" a individului (după perioada de creștere și adultă). Delimitarea senescență — senilitate este încă discutată. Există opinia că senilitatea nu ar reprezenta altceva decît o senescență „accelerată", din care motive distincția între bătrînețea normală și cea patologică, adesea este greu de făcut. Cercetările moderne au demonstrat că S., din punct de vedere biologic, se caracterizează prin modificări structurale și funcționale variate, ale tuturor țesuturilor și organelor. Se descrie o senescență moleculară, manifestată prin scăderea proceselor de sinteză a proteinelor celulare. Îmbătrînirea celulară se caracterizează deci prin atrofie, diminuarea numărului de celule, în special din țesuturile nobile (neuroni), și prin proliferarea țesutului conjunctiv (oligodendroghie, fibre elastice, fibre colagene etc.). Interesează, din punct de vedere psihiatric, cu deosebire atrofia țesutului nervos, a cortexului, unde se observă o „rărire" a densității neuronilor, iar structural se evidențiază încărcarea grasă (lipidică) și pigmentară, cu rarefacția protoplasmei și alterarea corpurilor lui Nissl, care diminuă în volum. Modificări atrofice de acest gen există în întregul sistem nervos central. Importante sînt și tulburările metabolice. În primul rînd, se remarcă modificarea metabolismului apei, caracterizată prin scăderea semnificativă a cantității de apă intracelulară. Acest lucru are repercusiuni negative și asupra structurii coloidale protoplasmatice. Este perturbat apoi echilibrul electrolitic, prin creșterea concentra-

Scanned with CamScanner

ției sodiului, clorului și calciului, cu scăderea potasiului, magneziului și fosforului. Mai pregnante sînt însă variațiile enzimelor intracelulare, între care de mare importanță este diminuarea notabilă a activității lipazice (lipolitice), scăderea consumului de oxigen și implicit a metabolismului bazal. În S. se admite și o anume psihologie, a „vîrstei a treia", determinată nu numai de tulburările metabolice amintite, ci și de situația socio-familială și profesională a bătrînului. Este o perioadă din viață care aduce cu sine schimbarea unor deprinderi, a unui mod de a trăi și munci, uneori chiar a ambianței familiale și a situației materiale. Prin mecanisme de „autoîntreținere", elementele socio-familiale se repercută negativ asupra substratului biologic al S. și invers, favorizînd apariția tulburărilor psihice. În linii generale, se admite că bătrînul își pierde „fluiditatea mintală" într-o măsură apreciabilă, alături de capacitățile intelectuale instrumentale, care diminuă și ele (atenția, memoria etc.). Scade de asemenea capacitatea de efort psihic și fizic. Pe plan afectiv, se întîlnește tenta depresivă, descurajarea, pesimismul. Viitorul pare pentru vîrstnic nesigur, dacă nu chiar amenințător. Acomodarea psihologică la situații noi este lentă și imperfectă; conservatorismul fiind o caracteristică a vîrstei. Iritabilitatea, instabilitatea psiho-afectivă, nerăbdarea, morozitatea, completează tabloul psihologic. Cronologic S. este divizată în două etape, ținînd seama de faptul că acest proces bio-psihologic se instalează lent și progresiv, debutul fiind adesea imposibil de precizat. Prima etapă este *presenescența* (involuția), cuprinsă între 45—65 ani, și *senescența propriu-zisă*, după 65 de ani. Firește, aceste limitări în timp sînt relative și controversate, dar oferă niște repere orientative, utile. Presenescența se instalează lent, progresiv, alteori mai precoce și mai rapid ca evoluție. Spontaneitatea, promptitudinea reacțiilor psiho-motorii, psiho-plasticitatea și sintonia, vădesc o tendință spre diminuare. Acuitatea senzorială, auditivă și vizuală scade, de asemenea. Fatigabilitatea psihică și fizică este frecventă și apare după eforturi moderate. În ansamblu, eficiența muncii depuse este în declin. Pentru obținerea unor rezultate, efortul intelectual este mai mare decît înainte. Din aceste motive pot apare perturbări în relațiile sociale și profesionale. Teama de eșec și ineficiența duce la sentimente de culpabilitate și nerealizare, la reacții conflictuale și stări depresive etc. Insuficiențele organice și endocrine oferă un pretext în plus de meditație pesimistă. Închiderea în sine, reacțiile de refuz a realității fenomenului de îmbătrînire, sau „refugiul" în vicisitu-

Scanned with CamScanner

dinile inerente acestei vîrste sînt modalităţi frecvente de manifestare. Senescenţa îngroaşe trăsăturile psihologice amintite agravîndu-le prin egocentrismul, rigiditatea şi dificultatea tot mai accentuată în achiziţionarea noului, în adaptarea la situaţii noi. Este momentul să se sublinieze faptul că senescenţa, psihologic vorbind, depinde în mare măsură de poziţia individului, de atitudinea lui în faţa propriului său declin. Şi acest lucru, la rîndul său, depinde de educaţie, de felul în care viaţa a fost trăită, de personalitatea individului. În acest sens, afirmaţia lui Ajuriaguerra după care „îmbătrînim aşa cum am trăit" este semnificativă. (4)

SENIL, DELIR. v. DELIR

SENILITATE. În procesul normal al „îmbătrînirii" organismului, care este lent, progresiv, avînd particularităţi în funcţie de individ, rasă, mediu geografic etc. poate apare o modificare în sensul agravării acestei evoluţii, care, în ultimă instanţă, devine patologică prin tulburările somatice pe care le generează. Altfel spus, dacă senescenţa (v. SENESCENŢA) reprezintă versantul normal al îmbătrînirii, senilitatea îl reprezintă pe cel patologic. S. trece de cele mai multe ori printr-un stadiu, sau etapă de presenilitate, dar se poate instala şi relativ brusc (de regulă după 65—70 ani). Diferenţierea S. de senescenţă, mai cu seamă în formele cu evoluţie lentă şi instalare insidioasă, este foarte dificilă datorită „simptomelor" cvasisimilare. Mai tîrziu însă, deficitul psihic, tulburările de comportament şi afectivitate marcate, relevă natura acestei îmbătrîniri. Întocmai ca şi în senescenţă, factorii care declanşează sau favorizează instalarea S. sînt puţin cunoscuţi. Totuşi se consideră că ereditatea are un rol destul de însemnat, dar mai ales unele boli şi intoxicaţii anterioare (tabagism, alcoolism), traumatismele cranio-cerebrale, apoi cele psihoafective etc. Probabil, pe lîngă toţi aceştia, mai sînt şi alţi factori. Determinant poate fi eventual modul în care factorii diferiţi ca valoare, prin sumare sau asociere, acţionează asupra structurilor cerebrale (organice în general) şi psihologice (ale personalităţii). Aceşti factori acţionează asupra creierului, probabil pe două căi: directă şi indirectă (prin tulburările metabolismului lipidelor, proteinelor, hidroelectrolitic, hemodinamic, în speţă cerebrale etc.). Din punct de vedere anatomic în S. predomină atrofia care cuprinde toate organele şi ţesuturile, dar neuniform. În general, leziunile senile se cantonează pe aparatul cardiovascular, renal şi creier. Apar, din aceste motive, tulburări destul de importante în coordonarea mişcărilor, în rezistenţa fizică la efort, în funcţia

Scanned with CamScanner

senzorială (hipoacuzie pînă la surditate, tulburări de vedere) și senzitivă etc. Cele mai frapante modificări apar însă în sfera psihoafectivă. Unele din aceste simptome nu reprezintă altceva decît exagerarea fenomenelor caracteristice senescenței, altele însă traduc degradarea progresivă sau în etape a psihismului în totalitate. Pe acest fundal somato-psihic apar tulburări psihice diferite, între care, ca entitate nozografică caracteristică, este demența senilă (v. DEMENȚA SENILĂ), ca cea mai cunoscută și mai gravă. *Tratament.* În pofida unor rezultate interesante obținute în studiul S., tratamentul rămîne modest. În primul rînd, nu se poate vorbi de o terapie activă și cu adevărat curativă, nefiind binecunoscute cauzele S. Practic se consideră că posibilitățile terapeutice se rezumă la tonificarea organismului, ameliorarea metabolismelor, echilibrarea hidroelectrolitică, vitaminizarea, îmbunătățirea circulației cerebrale etc. Cu rezultate bune este acreditată terapia cu gerovital, elaborată de școala românească de geriatrie (Milcu, Aslan), terapia cu țesut reticulo-histiocitar, Bogomolet etc. (v. SENESCENȚA). De mare importanță este ambianța psihologică familială și socială în care trăiește bolnavul. Frecvent, aceștia constituie o problemă pentru asigurările sociale, fiind internați în cămine spital sau asistați la domiciliu. Uneori, pot ridica și aspecte medico-legale, prin actele antisociale comise (v. DEMENȚA SENILĂ și EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ). (4)

SENSIVAL. v. NORTRIPTILINA

SENZITIV, DELIR. v. DELIR

SERAX. v. OXAZEPAM

SEREISKI, SINDROM. Triadă simptomatologică formată din abulie, adinamie și aspontaneitate întîlnită în leziunile lobului frontal (Feighin). (7)

SERENTIL. v. MESORIDAZINA

SÉRIEUX-CAPGRAS, SINDROM. În 1909, în lucrarea intitulată *Delirul de interpretare,* Sérieux și Capgras descriu un sindrom, în care elementul esențial îl constituie prezența unei interpretări delirante a realității, datorită căreia faptele reale de care se servește bolnavul sînt prezentate modificat și cu o semnificație falsă, bazată pe raționamente eronate. Spre deosebire de o simplă interpretare greșită, de obicei rapid corectată de cel care a comis greșeala, în cadrul interpretării delirante, bolnavul persistă și încearcă din răsputeri să convingă și pe ceilalți prin fel de fel de argumente, mai mult sau mai puțin plauzibile, despre ceea ce susține. Sindrom S.C. survine

Scanned with CamScanner

în psihoză halucinator-paranoidă, schizofrenie catatonică, presbiofrenie, stări reactive paranoide etc. (7)

SEROTONINA (5-hidroxitriptamina, enteramina, 5-HT) este o amină biogenă care provine din acidul aminat esențial triptofanul. Acesta, sub influența catalitică a triptofanhidroxilazei, se transformă în 5-hidroxitriptofan; el se decarboxilează în 5-hidroxitriptamină, sub acțiunea catalitică a 5-hidroxitriptofan-decarboxilazei. 5-HT se metabolizează în cea mai mare parte prin intermediul MAO; produsul final, excretat, prin urină, este acidul 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA). 5-HT se sintetizează numai în celulele enterocromafine gastrointestinale și în creier. În celelalte organe, ea se găsește exclusiv ca substanță depozitată; transportul sanguin se realizează cu ajutorul trombocitelor. *Efecte.* Contractă puternic musculatura netedă (bronșică, uterină și intestinală). Produce o vasoconstricție cutanată și renală. Alte vase sînt influențate variabil. Asupra presiunii arteriale, la om, are efect trifazic: hipotensiune, hipertensiune, hipotensiune. Crește permeabilitatea capilară. Este o substanță algogenă și flogogenă. Stimulează secreția gastrică. Este antidiuretică. Efectele asupra SNC sînt preponderent inhibitoare — determină somnolență, catatonie, întîrzie transmiterea transcaloasă a impulsului nervos. Favorizează în schimb transmiterea impulsurilor nervoase la nivelul ganglionilor vegetativi. Rolul fiziologic nu este lămurit. Majoritatea autorilor îi atribuie un rol de „modulator", inhibitor nervos central. Pare a fi responsabilă de producerea fazei ortodoxe a somnului. S. este implicată, după unii autori, în mecanismul de acțiune al unor psihotrope, cum sînt neurolepticele, antidepresivele, psihodislepticele. Nu se utilizează în practica medicală. (1)

SERPASIL. v. REZERPINA

SEVRAJ. Cuvînt preluat din l. franceză, prin care se înțelege suprimarea bruscă a ingerării unei substanțe toxice, cu toate reacțiile pe care aceasta le antrenează. Sevrajul poate fi și voluntar, ca urmare a hotărîrii bolnavului de a renunța la toxic; de obicei este forțat fie prin imposibilitatea de procurare a toxicului respectiv (morfină, heroină, LSD etc.), fie prin forța împrejurărilor (accidentare, internare în spital pentru boli intercurente, detenție). Acest din urmă aspect este deosebit de frecvent întîlnit la toxicomanii alcoolici. Indiferent de toxicul utilizat, suprimarea bruscă a lui privează organismul de o substanță la care întregul metabolism s-a adaptat și provoacă, prin aceasta, o serie de reacții violente, vegetative, în primul rînd, dar și psihosenzoriale. 1). *Sevrajul în alcoolismul*

Scanned with CamScanner

cronic provoacă reacţii vegetative importante: roşeaţa tegumentelor, vasodilataţie, transpiraţii abundente, tremurături generalizate; în multe cazuri sevrajul poate declanşa un delirium tremens, cu halucinaţii şi iluzii plurisenzoriale, predominant vizuale şi tactile, febră, conştiinţă onirică (v. DELIRIUM TREMENS) 2). *Sevrajul dimorfinomanic* şi cu derivaţi opiaceici are un aspect dramatic, în cîteva ore apar fenomene vegetative exprimate, dar mai ales tulburări psihice: anxietate puternică, crize de agitaţie psihomotorie, reacţii isteroide, stări de agitaţie, cu tendinţe clastice. În anumite cazuri starea generală se alterează rapid: apar vărsături, tulburări respiratorii şi chiar colaps, cu lipotimie, necesitînd o intervenţie medicală de urgenţă. Tratamentul stărilor de sevraj se face prin administrarea unei doze din toxicul respectiv, după care dozele se reduc progresiv. La aceasta se mai adaugă un tratament de susţinere, cu analeptice cardio-respiratorii, după caz, vitamine, în doze masive, în special vitamine din grupa B. Pentru prevenirea fenomenelor de sevraj în tratamentul unei toxicomanii, dozele se vor reduce totdeauna progresiv, înainte de a se suprima total toxicul. (2)

SIALOREE, sin. PTIALISM. Creşterea secreţiei salivare prin stimularea reflexă medicamentoasă, mecanică sau inflamatorie a glandelor salivare. În psihiatrie, simptomul se întîlneşte în stupoarea catatonică. Nu este vorba atît de creşterea secreţiei salivare cît de refuzul bolnavului de a înghiţi saliva, care se acumulează în cantitate mare în cavitatea bucală de unde se prelinge prin colţurile gurii. (v. CATATONIE). (2)

SIBOFOBIE. v. FOBIE

SIDERACHOMOFOBIE. v. FOBIE

SIFILOFOBIE. v. FOBIE

SIGMATISM. v. DISLALIA

SILUTIN. v. AMFEPRAMONA

SIMPLE, HALUCINAŢII v. HALUCINAŢIE

SIMULARE. Termen care se referă la imitarea, crearea tulburărilor (somatice sau psihice) unei boli inexistente (artificiale) în scop utilitar (obţinerea unui avantaj material sau moral). Simulatorii, falşi bolnavi sau falşi infirmi (denumiţi de Dieulafoy „patomimi") (v. PATOMIMIE) speră să scape prin acest procedeu de anumite responsabilităţi (să se eschiveze de muncă, armată, urmări judiciare etc.) sau să obţină un beneficiu material (ex. pensie). Aspectele procedeelor şi modalităţilor de simulare sînt extrem de variate. Excluzînd multiplele aspecte ale simulaţiei neurologice (false paralizii, astazii,

Scanned with CamScanner

abazii, cecitate, surdo-mutitate, atitudini vicioase, tremurături, variate crize convulsive, mutism etc.) și accidentele viscerale produse prin sugestie sau provocate intenționat (vărsături, tulburări intestinale, urinare etc.) și ținînd cont de faptul că numărul celor care simulează boli psihice este mult mai mare față de al acelora care imită alte boli, se pot deosebi (după Sollier, 1915): *simulația* (creatoare), *exagerarea* (amplificatoare) și *perseverația* (fixatoare). Constanța Parhon, E. Tomorug, T. Iacob vorbesc, în afară de simulația propriu-zisă, și de suprasimulație (simulație patologică), de perseverație, falsificarea anamnezei și de disimulație. Cunoașterea acestor forme are o importanță în expertizele medico-legale; în aceste cazuri, așa cum subliniază Dănescu și Tomorug, se cere expertului să le examineze atent și cu mult simț de răspundere, pentru a nu comite greșeli, cu repercusiuni grave (considerarea simulantului drept bolnav sau confundarea unui bolnav real cu un simulant). *S. propriu-zisă* sau adevărată (totală) apare la indivizi normali din punct de vedere psihic care, în mod intenționat, conștient, legat de un scop bine precizat (de ex. scutiri medicale, concedii medicale prelungite, pensionare, sesiuni prelungite și amînări de examene, dispense, scutire de serviciu militar, front etc.) reproduc semnele unor boli psihice inexistente. Mai frecvente sînt însă: *Suprasimulația* (simulația mentală prin exagerare sau agravația) în care subiectul utilizează conștient și exagerează simptomele unei afecțiuni psihice preexistente, reale, dorind să pară și mai bolnav; *Perseverația* apare la indivizii care au avut o tulburare mentală reală (ex. stări depresive, confuzionale sau reactive). Deși boala este pe cale de dispariție sau chiar a dispărut complet, ei continuă să prezinte acuzele respective, să persevereze în boală, pentru a scăpa de responsabilitate, în caz de infracțiune, fie în scop utilitar, material (de ex. obținerea unei despăgubiri majorate). O altă formă de simulație ar fi *falsificarea anamnezei* (C. Parhon și E. Tomorug), în care subiectul dă expertului (în mod intenționat) date eronate în legătură cu internări anterioare în spital, cu antecedente convulsive din copilărie etc., sau chiar recurge la internări preventive, pentru obținerea unui diagnostic de boală psihică, care să fie folosit ulterior într-o eventuală expertiză. Controlul datelor trebuie făcut prin documente oficiale (copii ale foilor de observație, anchete sociale etc.). *Disimulația* se referă în general la ascunderea unei boli, infirmități. La bolnavii psihici se întîlnește în cazul în care interesul acestora este de a fi considerați sănătoși, descoperirea bolii putîndu-le

Scanned with CamScanner

aduce prejudicii (de ex. interzicerea practicării anumitor munci, pensionare etc.). Aceasta este așa-zisa *disimulare obișnuită*. În *disimularea patologică*, bolnavul face totul pentru a fi considerat „normal", ca să nu fie etichetat „nebun". Această formă apare mai ales la deliranți (paranoici). Practica psihiatrico-legală arată că bolnavii psihici propriu-ziși recurg rareori la simulație, cel mai frecvent aceasta fiind apanajul indivizilor sănătoși, care urmăresc un scop precis. Cel mai adesea simulația apare în anumite condiții și anume la delicvenți-infractori sau indivizi cu manifestări antisociale, care doresc să obțină prin acest procedeu neresponsabilitatea sau condamnare mai ușoară, eventual cu suspendare. Procedeele utilizate pentru simularea bolilor psihice — variază în funcție de nivelul lor intelectual și cultural, de pregătirea lor în această direcție, de o anumită ambianță (familială, spitalicească etc.), cu rol de „contagiune psihică", de rezistența și tenacitatea lor. Aspectele clinice ale simulației psihice sînt sistematizate de A. Porot în 3 categorii: 1). Atitudini negative de inhibiție, înglobînd stupoarea, mutismul, surdo-mutitatea, atitudini pseudo-catatonice, amnezii. 2). Stări de agitație psihomotorie și sindroame delirante (onirism halucinator, falsa agitație maniacală, delire simulate). 3). Manierism și absurditate, care pun cele mai dificile probleme de expertiză. Dintre bolile psihice, epilepsia îi tentează cel mai mult pe simulanți (accesul simulat putînd fi diagnosticat de experți prin caracteristicile sale: tulburări incomplete de conștiință și de scurtă durată, conducerea accesului după plac în funcție de anturaj, lipsa unor semne caracteristice ale accesului „grand mal" cu mușcătura limbii, reflexele patologice, lipsa convulsiilor veritabile și mai ales a modificărilor EEG). Simularea oligofreniei poate fi ușor eliminată prin stabilirea școlarizării și a rutei profesionale. Sindromul Ganser, deși apare și în alte boli psihice (v. GANSER, SINDROM), este patognomonic pentru simulanți. Diagnosticarea diferitelor forme de simulație trebuie să se bazeze pe cîteva *principii generale*, între care, în primul rînd, observarea atentă, îndelungată (pentru eliminarea unor afecțiuni psihice și surprinderea elementelor patologice) și repetată de către un personal calificat, diagnosticare posibilă prin internarea cazului într-un serviciu de specialitate. E necesară de asemenea verificarea datelor anamnestice și uneori narcoanaliza (deși folosirea ei în expertize este contestată de unii), de exemplu în cazul unui mutism tenace. În cazul simulației, se va observa artificialitatea tabloului, caracterul său forțat, variabilitatea sa de la o zi la alta, cu îmbogățirea ele-

Scanned with CamScanner

mentelor. „Rolul" acesta îl obosește, în cele din urmă, pe simulant. Așa cum remarcă Dănescu și Tomorug, gravitatea faptei comise dictează momentul renunțării la simulație, iar atingerea scopului și rezolvarea simulației de impas determină dispariția tabloului de boală psihică. Indivizii cu intelect mai slab dezvoltat sau cei mai puțin instruiți au tendința să imite tablouri mai zgomotoase, impresionante, „grosolane", spre deosebire de subiecții inteligenți, cu pregătire superioară, care se pregătesc pe baza cercetării unor materiale de specialitate, reușind să compună o simptomatologie mai aproape de realitate, pentru a da impresia unor trăiri mai autentice. (3)

SINDROM. În psihiatrie, ca în orice disciplină medicală, se utilizează S. pentru a defini un grupaj de simptome ce alcătuiesc la un moment dat un tablou clinic, știut fiind că în acest caz se face abstracție de clasificarea etiologică. Dealtfel, în decursul evoluției unei afecțiuni pot fi observate mai multe sindroame, iar unul și același sindrom poate fi întîlnit în mai multe boli. Cele mai cunoscute S. din psihiatrie sînt: S. automatismului mintal Claude (v. AUTOMATISM MINTAL); S. akineto-hiperton (v. NEUROLEPTICE); S. de algomerastenie agitată, anxioasă, nocturnă Marchais, denumit și S. picioarelor neliniștite, care se caracterizează printr-o mișcare continuă a gambelor, mai ales în timpul nopții, la care se adaugă anxietate, o stare de disconfort, cu algii difuze. Marchais consideră acest S. drept o formă clinică agravată a merasteniei agitate; S. amnestic (v. AMNEZIE); S. anxios, dominat de neliniște, disconfort, irascibilitate, tensiune. Evoluează paroxistic în pusee intercalate cu episoade de relativă acalmie. S.A. se întîlnește în stări reactive, neuroze, depresii; S. apatico-abulic, caracterizat printr-o stare de inerție, de lipsă de inițiativă, de delăsare, pasivitate; acest sindrom apare în schizofrenie, în stările postconfuzionale, posttraumatice etc. S. astenic, care are drept element central oboseala, scăderea randamentului profesional, a interesului, a inițiativei. De multe ori astenia este însoțită de indispoziție, tristețe, preocupări cenestopatice, tulburări neuro-vegetative, tulburări de somn. S.A. apare în stări depresive, nevroze, stări posttraumatice; S. catatonic. (v. CATATONIE); S. cenestopatic. (v. CENESTOPIE); S. confuziv. (v. CONFUZIE MINTALĂ); S. Cotard. (v. COTARD); S. demențial. (v. DEMENȚE); S. depresiv. (v. DEPRESIE); S. discordant. (v. SCHIZOFRENIE); S. Eckbom. (v. ECKBOM);S. Elfenor. (v. ELFENOR); S. Ganser. (v. GANSER); S. Gertsmann. (v. GERTSMANN); S. halucinator-paranoid. (v. PARAFRENIE); S. Kadin-

Scanned with CamScanner

ski-Clérambault. (v. KADINSKI-CLÉRAMBAULT); S. maniacal. (v. MANIE); S. Münchhausen. (v. MÜNCHHAUSEN); S. neuroleptic de impregnare. (v. NEUROLEPTICE); S. obsesivo-fobic, caracterizat prin prezența obsesiilor (v. OBSESIE) și a fobiilor (v. FOBIE) într-un context anxios-dilematic, pe o structură meticuloasă, pedantă. Acest sindrom apare în psihastenie, neuroza obsesivo-fobică, depresie, debut schizofrenie; S. oniric. (v. ONIRISM); S. paranoid. (v. PARANOID); S. paroxistic, caracterizat prin apariția unor episoade cu tulburări psihice interferate cu perioade de acalmie. Acest S. apare în isterie, neuroza anxioasă, epilepsie; S. Protopopov. (v. PROTOPOPOV); S. pseudobulbar. (v. PSEUDOBULBAR); S. Sérieux-Capgras. (v. SÉRIEUX-CAPGRAS); S. senzitivo-senzorial de Morsier, descris în 1944, se caracterizează prin prezența următoarelor tulburări: adinamie, analgezie profundă, anosmie, tulburări caracteriale, hipoestezie corneană și retragerea concentrică a cîmpului vizual (Marchais); S. stuporos, (v. STUPOARE); S. Vatel. (v. VATEL). (7)

SINEMET(R) este un preparat tipizat în care se asociază o parte carbidopa (MK-485) și zece părți L-DOPA (de ex. 10 mg/100 mg sau 25 mg /250 mg) în felul acesta se reduce incidența efectelor secundare gastrointestinale și hipotensiunea arterială, pe care le poate determina L-DOPA, administrată singură (v. L-DOPA). Tulburările psihice și mișcările involuntare produse de L-DOPA nu sînt însă influențate (CELESIA și colab., 1976). (5)

SINEQUAN. v. DOXEPINA

SINESTEZICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

SINISTROZA. Termen creat de Brissaud (1908), care se referă la o tulburare psihică instalată reactiv la subiecți accidentați (accident de muncă, circulație) sau sinistrați (după catastrofe, inundații etc.). Ei refuză să-și recunoască vindecarea, își exagerează impotența funcțională, prelungesc incapacitatea lor de muncă sau chiar încearcă să convingă anturajul de pierderea capacității de muncă, amplifică sechelele accidentelor și au tendința de a revendica (de la cei în cauză — persoane particulare, întreprinderi etc.) o compensare maximă (bani, pensie) a prejudiciului ce li s-a adus. Sinistroza se înscrie printre tulburările psihice din faza tardivă a traumatismelor cranio-cerebrale, ea putînd completa tabloul clinic al nevrozelor posttraumatice. Caracterul particular al acestei stări e dat de faptul că, în fond, bolnavul, este un nevrotic, care apreciază că reparația daunei pe care a suferit-o este insuficientă. Sinis-

Scanned with CamScanner

troza nu este o simulație, întrucît tulburările sînt reale. Bolnavul însă își supralicitează suferința și are tendințe revendicative. Cu timpul se ajunge și la un grad important de autosugestie, întreținută de un anturaj interesat, care favorizează menținerea acestui cerc vicios. Uneori, sinistroza are și o componentă iatrogenă („observații" medicale făcute în prezența bolnavilor privind „microleziuni radiologice", „alterații" EEG etc.). Acuzele sinistroticilor tind să se accentueze cu timpul, fapt care impune rezolvarea cît mai rapidă a situației lor. *Diagnosticul diferențial* se impune cu simulația adevărată, în care este vorba de crearea semnelor unei boli inexistente cu intervenția calculului utilitar în scopul obținerii unui avantaj material sau moral. (3)

SINTONIE, sin. CICLOTIMIE, CICLOIDIE. Se referă la tipologia biopsihică, fiind un tip constituțional. Mai corect sintonia trebuie asimilată ciclotimiei, dar în accepțiunea clasică, există deosebiri. Astfel ciclotimia presupune fenomenul de biopolaritate ca obligatoriu, pe cîtă vreme S. definește armonioasa articulare a subiectului cu mediul său, în opoziție cu schizotimia S. reprezintă — adesea — terenul premorbid, pe care apare și se desfășoară psihoza maniaco-depresivă. (4)

SISMOTERAPIE. v. CONVULSIOTERAPIE, ELECTROȘOC.

SISTEMATIZAT, DELIR. v. DELIR

SITIERGIE. v. ANOREXIE MINTALĂ

SITIOFOBIE. Termenul definește refuzul alimentar apărut ca urmare a existenței unei tulburări psihice. Etimologic, termenul este în oarecare măsură impropriu, deoarece nu totdeauna la baza sa se află un mecanism fobic. În patologia psihiatrică, S. se poate întîlni în următoarele eventualități: *sindromul delirant* cu tematică de influență, otrăvire, idei delirante hipocondriace, mistice, în care refuzul alimentar este o urmare a conținutului trăirilor delirante sau/și halucinatorii; *sindrom melancolic*, unde, ca urmare a dispoziției depresive acompaniată de diminuarea instinctului alimentar sau a ideilor delirante micromanice, bolnavul refuză alimentația; *sindromul de negativism*, întîlnit mai frecvent în schizofrenie, unde, ca urmare a tulburărilor de activitate în cadrul rezistenței față de solicitări externe și interne, bolnavul refuză alimentația; *sindrom obsesivo-fobic*, unde, ca urmare a ideii fobice față de actul alimentației, bolnavul refuză să mănînce. În acest caz, de obicei, S. este electivă pentru anumite categorii de alimente. (6)

SITIOMANIE, sin. BULIMIE, ESTIOMANIE. Foame exagerată însoțită de o preocupare dominantă pentru alimentație:

Scanned with CamScanner

bolnavii mănîncă foarte mult, sînt lacomi, nu aleg şi nici nu au preferinţe. S. apare în oligofrenii grave, schizofrenie cronică, stări demenţiale. (7)

SITUAŢIE, DELIR DE. v. DELIR

SOCIODRAMA. v. PSIHOTERAPIE

SOCIOFILIE. Tendinţa vădită şi uneori imperioasă de a căuta cu orice preţ societatea, anturajul, ambianţa celorlalţi. S. a fost descrisă de Sheldon; ea se întîlneşte cu precădere la extroverţi, hipomaniacali etc. (7)

SOCIOFOBIE. v. FOBIE

SOCIOGENEZA. Prin S., în psihiatrie, se înţelege constelaţia de factori şi condiţii ale mediului social care pot influenţa dezvoltarea sau evoluţia bolii psihice. Cercetările din ultimele decenii au confirmat valoarea formatoare a factorilor sociali pentru individ. Anchetele sociale amănunţite în familie, la locul de muncă în grupul uman în care trăieşte bolnavul, alături de investigaţiile somatice psihologice şi psihiatrice, contribuie substanţial la conturarea profilului psiho-patologic al bolnavului şi mai ales la relevarea unor situaţii sociale cu valoare etiopatogenetică. Datele sociologice trebuie „mînuite" însă cu grijă, deoarece cînd se urmăreşte generalizarea lor, fixarea unor repere şi valoarea acestora este relativă. Faptul se explică nu numai prin particularităţile de structură a persoanei bolnave, ci şi prin stadiul diferit de organizare socială, etico-morală a unei societăţi. Ideea este valabilă şi în cazul în care se studiază, din acest punct de vedere, conţinutul tematicii delirante, a modului de „desfăşurare" a bolii psihice în raport cu rasa, cu obiceiurile, cu morala şi cu particularităţile istorice, ca să nu mai vorbim de atitudinea familiei, a mediului social restrîns (microsocial). În aceste cazuri, se vor semnala variaţii evidente în toleranţa grupului faţă de bolnav. Optica psihologică-socială prin care este interpretată boala, valoarea mai mare sau mai mică a unor factori sociali este diferită, în funcţie de societate. Apoi, dacă în anumite situaţii legătura dintre un eveniment social penibil (o psihotraumă) şi starea de boală este uşor de făcut, în altele, acest lucru este imposibil. Faptul se explică tocmai prin rolul personalităţii celui care „face" boala, factorii mediului fiind într-un anume fel receptaţi şi prelucraţi. Unii afirmă chiar că destinul unei personalităţi depinde mai mult de natura (de structura) sa decît de experienţa sa (Porot). Concluzia este că în analiza stării unui bolnav şi a bolii sale, poziţia medicului trebuie să fie simetrică, luînd în considerare şi încercînd să adune într-un sistem coerent de expli-

Scanned with CamScanner

care toate informațiile biologice, psihologice și sociologice. Aceste aspecte sociale, mai bine spus sociogenetice ale relației de interdependență a individului cu societatea, fac obiectul de studiu a sociometriei, psihologiei sociale, microsociologiei și sociopsihiatriei. (4)

SOCIOPATIE. Termen folosit de școala americană pentru a sublinia importanța factorilor socio-culturali în dezvoltarea tulburărilor de comportament; în mare măsură S. se identifică cu psihopatia. (7)

SOCIOPSIHIATRIE. Curent psihiatric modern care consideră factorii sociali responsabili de apariția și dezvoltarea bolilor psihice. S., în edificarea sa ca ramură a psihiatriei, a preluat parțial observațiile și concluziile unor cercetători mai vechi și mai noi (Esquirol, Stahl, Baruk) privind importanța etiopatogenetică a așa-numitelor „cauze morale" în esență, dificultăți de adaptare, de existență, precum și pe cele reflexologice, datorate în special școlii ruse și sovietice de psihiatrie. Aceste laborioase investigații au demonstrat valoarea factorilor de mediu social incitînd la abordarea lor mai corespunzătoare și corelată cu studiul factorilor etnografici, ecologici și culturali (Durkheim, Levy-Bruhl, Kardiner, K. Horney, M. Mead, K. Lewin etc.). S. consideră boala psihică ca efect al structurii sociale. Ea apare ca urmare a constrîngerii la care este supus individul de către societate, prin constrîngere înțelegînd toate „pretențiile" acestei societăți față de membrii ei, care, într-adevăr, în această epocă istorică de mari prefaceri trebuie să facă față unor necesități mereu sporite în dezvoltarea tehnico-industrială și culturală. S. pune un accent deosebit pe rolul familiei ca nucleu social de bază și apoi pe toate celelalte forme sociale, instituționalizate (inclusiv cultura, morala etc.) în formarea individului. În acest sens, Cooley afirmă că „natura umană nu vine, nu se realizează la nivel de existență decît puțin cîte puțin. Nu o posedăm la naștere, ea nu se cucerește decît în societăți". După concepțiile sociologice, mai ales americane, trecerea la conștiință se face după așa-numitul mecanism de „looking glass self". De la început în organizarea grupelor umane primare se crede că poziția de „față în față" a membrilor grupei, este aceea care în ultimă instanță creează o coordonare spontană și inconștientă a comportamentului. Dar conveţuirea înseamnă relații interumane, cultură, activitate economică și inevitabil ierarhizarea socială. De aici reguli de conviețuire, legi, drepturi și obligații, comunicare etc., surse fructuoase de dezvoltare ale personalității. Corelat

Scanned with CamScanner

cu aceste aspecte, debutează cu G. Herbert Mead mișcarea de analiză a personalității în cadrul social (opera principală *Mind Self and Society*, 1934). Astăzi, culturalismul în psihiatrie și antropologia culturală reprezintă curente de cercetare fecunde. Recent la acestea se adaugă structuralismul algoritmic, derivat parțial din teoria informației și a comunicării (logica comunicării), strîns înrudită prin origine cu cibernetica și lingvistica (Școala americană de la Palo-Alto). S. aduce un aport substanțial în cunoașterea bolilor psihice, dar rolul ei nu trebuie supraestimat în dauna factorilor biologici și psihologici. Exagerarea acestei concepții își găsește materializarea în curentul antipsihiatric. (4)

SOCIOTERAPIE. Termen generic care desemnează un ansamblu de metode și tehnici de tratament, ce urmăresc resocializarea bolnavilor psihici (v. ERGOTERAPIE, TERAPIE OCUPAȚIONALĂ, PSIHOTERAPIE DE GRUP). În plus S. se ocupă, prin metoda educației profesionale, și de bolnavii somatici cu defecte neuro-motorii, precum și de oligofreni, încercînd să ofere condițiile învățării unei meserii pe măsura posibilităților lor. (4)

SODOMIE. PERVERSIUNE SEXUALĂ

SOFROLOGIE. Metodă de tratament psihoterapeutică derivată din hipnoză. (v. HIPNOTERAPIE). (4)

SOLILOCVIE. Termenul solilog definește discuția unui om cu el însuși. În patologia psihiatrică S. reprezintă o manifestare caracterizată de tendința bolnavului de a monologa, de a avea o conversație cu propriile sale halucinații sau să întrețină o conversație cu un interlocutor imaginar. Aceste fapte sînt indicate de atitudinea generală a bolnavului în care examinatorul sesizează mișcări ale buzelor, ce evocă o conversație, atitudine din care rezultă că bolnavul ascultă ceva, că vorbește cu un pesonaj imaginar, a cărui identitate poate fi ținută secretă de către bolnav. Se întîlnește în schizofrenie dar și în alte psihoze halucinator-delirante. (6)

SOMATICE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚII

SOMNAMBULISM. v. AUTOMATISM AMBULATOR NOCTURN

SOMNIFERE. v. HIPNOTICE

SOMNILOCVIE. Manifestare episodică nocturnă neconvulsivă, cunoscută și sub denumirea de automatism verbal nocturn, reprezentată de o vorbire inteligibilă sau nu, ce apare în perioada de tranziție dintre somnul profund spre somnul su-

Scanned with CamScanner

perficial sau spre starea de veghe. S. poate fi simplă adică neasociată cu alte paroxisme hipnice sau asociată cu alte manifestări episodice neconvulsive, cum ar fi pavor nocturn, somnambulism etc. S. are de multe ori o origine psihoreactivă; ea poate fi uneori pusă în legătură şi cu fenomenele epileptice. (6)

SOMNOLENŢA. Aspect clinic întîlnit în hipersomniile simptomatice care, din punct de vedere gradual, au ca limite extreme letargia şi somnolenţa. Aceasta din urmă este o fază intermediară între starea de veghe şi somn, cu instalare progresivă, în care conştiinţa nu este suspendată complet. Se poate manifesta, intermitent sau tranzitoriu, poate fi reversibilă sau să evolueze spre comă, poate dura o perioadă mai lungă de timp. (6)

SOMNOTERAPIE. Tehnică terapeutică ce utilizează somnul produs medicamentos (barbiturice şi/sau neuroleptice), în tehnici diverse, realizîndu-se un somn cu 2—3 perioade de trezire (alimentare, toaleta bolnavului şi a patului), în 24/h., pentru o perioadă variabilă de 1—3 săptămîni. Aplicabilă numai în mediu spitalicesc, necesitînd supravegherea atentă şi permanentă pentru evitarea anumitor riscuri (de ex. hipotensiune). Efectele terapeutice sînt consecinţa repausului centrilor nervoşi superiori, existînd şi autori care subliniază, din punct de vedere psihologic, caracterul de situaţie terapeutică. Indicaţia principală se adresează stărilor anxioase psihogene, unii autori extinzînd aplicarea şi în domeniul depresiei neurotice sau simptomatologiei obsesivo-fobice; fără aplicabilitate în marile psihoze. În condiţiile actuale ale gamei terapiei psihotrope cura de somn nu este utilizată extensiv. (6)

SOMNOZA. Termen definit de P. Sivadon pentru a caracteriza starea de somnambulism produsă în cadrul unui somn hipnotic. (7)

SONAPAX. v. TIORIDAZINA

SORDINOL. v. CLOPENTIXOL

SPARINE. v. PROMAZINA

SPECTROFOBIE. v. FOBIE

SPIELMAYER-VOGT. Formă clinică a idioţiei amaurotice familiale, caracterizată printr-un debut mai tardiv, cuprins între 3 şi 10 ani. (v. AMAUROTICĂ, IDIOŢIE). (2)

SPIRODIFLAMINE^{R}. v. FLUSPIRILEN

STADIU. Concepţia psihanalitică a psihosexualităţii recunoaşte o dezvoltare ce se desfăşoară în două etape sau faze: 1). Faza sexualităţii infantile (pînă la 8 ani); 2). Faza sexualităţii latente (se încheie la pubertate). Ambele faze sînt deose-

Scanned with CamScanner

bit de importante prin faptul că în aceste momente se elaborează conduita sexuală normală (sau patologică). În prima fază se disting mai multe stadii: a). Stadiul erotismului bucal — Freud îi spune fază orală —, în care instinctul sexual şi cel alimentar nu sînt diferenţiate, dimpotrivă ele se contopesc. Actul alimentar, după Freud, prin plăcerea pe care o produce copilului (sugerea sînului), ar avea şi o semnificaţie sexuală. Pentru argumentare se aduc felurite observaţii şi se oferă interpretări în acelaşi spirit psihanalitic. De exemplu, după înţărcare, obiceiul unor copii de a-şi suge degetul sau alte obiecte este interpretat ca o masturbaţie bucală. b). Stadiul erotismului anal, sau ano-rectal şi urinar, apare ca urmare a represiunii primului stadiu, inclusiv prin înţărcare, modalitatea plăcerii sexuale fiind transferată pe această zonă, care devine erogenă. Actul defecaţiei, prin excitarea mucoasei ano-rectale, ar fi pentru copil, şi după psihanalişti, sursă de satisfacţie sexuală. Această fază are şi o altă importanţă, prin aceea că disociază senzaţia de satisfacţie alimentară de cea sexuală. Cu semnificaţie erotică, în această perioadă, ar fi falsele incontinenţe fecale sau urinare, care ar reprezenta masturbaţii anale şi urinare. În fine, se menţionează că aici se plasează şi debutul deprinderilor masturbaţiei propriu-zise, prin descoperirea de către copil a plăcerii provocate de manipularea penisului (la fetiţe a clitorisului). După unii, acesta ar reprezenta stadiul falic, mai ales cînd îmbracă caracterul narcisic. Ulterior, prin represiune şi educaţie (din faza sexualităţii latente şi în pubertate) se ajunge la constituirea conduitei sexuale normale. Cînd acest lucru nu a reuşit (din diferite motive), sexualitatea tînărului respectiv va rămîne „fixată“ sau va regresa la stadii infantile, reprezentînd modele de sexualitate aberantă. (4)

STARE DE RĂU EPILEPTIC. Repetarea la intervale foarte scurte, deci cu caracter subintrant, sau prelungirea crizelor epileptice, constituie starea de rău epileptic (status epilepticus). În funcţie de forma clinică a crizelor, există mai multe tipuri de stare (generalizată tonico-clonică, jaksoniană, cu absenţe etc.). Prelungirea stării de rău epilpetic, mai ales în condiţiile unei intervenţii terapeutice tardive, poate conduce la deces. Apariţia stării de rău poate fi favorizată de întreruperea intempestivă a medicaţiei antiepileptice, consumul de alcool, infecţii acute, stări de oboseală excesivă. Starea de rău epileptic reprezintă o urgenţă, iar terapia se orientează schematic după cum urmează: Medicaţie antiepileptică — fenobarbital, intra-

Scanned with CamScanner

muscular, în posologie maximală, adecvată vîrstei; Diazepam intravenos, eventual în perfuzie; Medicaţie pentru combaterea edemului cerebral: hemisuccinat de cortizon în perfuzie şi medicaţie depletivă (sulfat de Mg, manitol); Medicaţie analeptică pentru menţinerea tensiunii arteriale, dacă este cazul; Puncţie lombară pentru scăderea tensiunii LCR şi narcoză controlată (necesită antestezist reanimator) în cazul neobţinerii de rezultate favorabile prin terapia iniţială; Supraveghere atentă a bolnavului pentru a preveni printre altele accidentarea bolnavului (de ex. căderea din pat). De regulă în cîteva ore se obţin rezultate favorabile respectiv suspendarea crizelor, iar terapia va fi administrată încă 24—48 ore pentru a evita riscul reapariţiei stării de rău. Terapia de urgenţă a stării de rău necesită totdeauna investigaţii electroencefalografice. (6)

STATICE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢII

STAZEPINE. v. CARBAMAZEPINA

STAZIBAZOFOBIE. v. FOBIE

STEREOENCEFALOGRAMA. Înregistrarea activităţii bioelectrice cerebrale prin multielectrozi (supraetajaţi), ce sînt introduşi stereotoxic în structurile cerebrale profunde sau corticale, permiţînd o înregistrare. simultană din zonele unde sînt plasaţi electrozii. (6)

STEREOELECTROENCEFALOGRAFIE. Metodă de explorare a activităţii bioelectrice a diverselor structuri anatomice cerebrale prin abordarea acestora cu ajutorul unor electrozi speciali. (v. şi ELECTROENCEFALOGRAFIE). (6)

STEREOTIP. Termen ce defineşte fixarea într-o anumită manieră cu caracter repetitiv, ce apare pentru observator inutilă şi neadecvată circumstanţelor, a unei atitudini posturale, acte motorii complexe sau simple gesturi, expresii verbale sau grafice. Se întîlneşte în schizofrenie în special în forma hebefrenă catatonică, delire cronice, demenţe, oligofrenii profunde, în cadrul encefalitelor, sindrom pseudobulbar, parkinsonism. (6)

STEREOTIPE, HALUCINAŢII. v. HALUCINAŢII

STIGIOFOBIE. v. FOBIE

STRESS PSIHIC. Termenul stress (cuvînt de origine engleză) se referă în general la situaţia în care, sub acţiunea unui factor de natură diversă (fizic, chimic, biologic, psihic), hemeostazia organismului este ameninţată, respectiv organismul intră în stare de stress; limitele resurselor adaptative sînt depăşite. Stressul psihic este rezultatul acţiunii unor factori sau condiţii stressante, care acţionează primordial în sfera psihică, în principal prin semnificaţia pe care o au pentru persoana în

Scanned with CamScanner

cauză, iar reacția față de agenții stressanți, avînd în vedere unitatea psihofiziologică a persoanei umane, este esențial de natură psiho-somatică, comparativ cu stressul sistemic, produs prin factori fizici, chimici, biologici, unde reacția este de tip somatopsihic, respectiv cu angajarea secundară a sferei psihice. În general, stressul psihic poate apărarea atît ca urmare a acțiunii violente, neașteptate a unor factori stressanți sau pe fondul unor situații conflictuale de durată, care, scăzînd rezistența organismului, determină starea de stress, chiar în condițiile acțiunii unor factori aparent minori, dar care, în condițiile anterior menționate, au o semnificație de așa natură încît solicită peste măsură capacitatea adaptivă a organismului. (6)

STRICĂCIUNE, DELIR DE. v. DELIR

STRICNINA. Este alcaloidul principal extras din semințele plantei Strychnos nux vomica, utilizat sub formă de săruri (nitrat, sulfat). Are proprietăți stimulente asupra SNC, mai ales a măduvii spinării. Sub acțiunea sa se produce stimularea centrilor bulbari, îndeosebi dacă aceștia au fost deprimați. De asemenea ameliorează percepțiile și activitatea reflexă. Crește tonusul musculaturii striate. Prin gustul său amar și prin augmentarea tonusului intestinal are acțiune eupeptică. În urma stimulării centrului sacrat al erecției are acțiune afrodiziacă (pot apărea erecții dureroase). Dozele mari, toxice, determină convulsii grave, tonice și moartea prin paralizia centrilor bulbari, survenită prin epuizarea SNC. La indivizii sensibili pot apărea efecte secundare chiar la doze terapeutice. Poate declanșa convulsii la cei predispuși. Stricnina este indicată în paralizii și pareze, enurezis nocturn, ambliopie, convalescență, stări de debilitate, neuroze. În tratamentul nevrozelor se poate asocia cu glicerofosfați. În neurastenia sexuală este posibilă asocierea cu iohimbină (v. IOHIMBINA; YOHISTRINE®). Stricnina se mai poate administra în intoxicația barbiturică. Este contraindicată în stări de hiperexcitabilitate ale SNC, stări convulsivante, hipertensiune arterială, ateroscleroză, ulcer gastrointestinal. *Preparate. Posologie.* Sulfatul de stricnină(+) se administrează s.c. în doze progresive de 1 la 4 mg pe zi. Doza maximă pentru o dată este de 4 mg și de 10 mg pe zi. Per os se administrează sulfat de stricnină singură sau asociată cu alte medicamente. Pe această cale se aplică doze progresiv crescînde de la 1 la 10 mg pe zi, repartizate în mai multe prize. Doza maximă per os este de 6 mg o dată și 15 mg pe zi. (5)

STUPEFIANT. Este produsul sau substanța care determină o stare de inerție psihică și fizică, putînd crea o euforie trecă-

Scanned with CamScanner

toare. În urma administrării repetate poate da naştere la obişnuinţă, toleranţă şi dependenţă, fenomene care stau la baza toxicomaniei (v. TOXICOMANIE) cu urmări nefaste pentru individ şi societate. Datorită proprietăţilor lor inhibitoare asupra SNC (analgezie, sedare), deşi sînt toxice, stupefiantele au aplicaţii terapeutice precise în unele afecţiuni, în care alte tratamente nu dau rezultate. Pentru a se preîntîmpina traficul ilicit şi pericolul toxicomaniei s-au luat măsuri pe plan internaţional pentru reglementarea regimului stupefiantelor. În acest sens citäm „Convenţia unică a stupefiantelor", adoptată în 1961 la ONU. Ţara noastră a aderat la această convenţie. Regimul produselor şi substanţelor stupefiante este reglementată la noi în ţară printr-o serie de acte normative: Legea nr. 73/1969, instrucţiunile nr. 103/1970 şi HCM nr. 899/1970 pentru executarea prevederilor privind Legea nr. 73. Aceste reglementări precizează lista produselor şi substanţelor stupefiante precum şi modul cum trebuie să se desfăşoare activitatea cu stupefiantele, condiţiile în care acestea pot fi fabricate, experimentate, comercializate, depozitate, distruse, deţinute şi administrate. Este interzisă administrarea stupefiantelor sub orice formă, fără indicaţie medicală. Prescrierea medicală se face pe formulare speciale, prevăzute cu timbru sec, în condici de prescripţie sau condici de aparat, destinate exclusiv prescrierii produselor şi substanţelor stupefiante, în unităţile sanitare umane sau veterinare. Este obligatorie păstrarea evidenţei zilnice a mişcării stupefiantelor de către personalul autorizat să le manipuleze. Legea nr. 32/1968 şi modificările ei aduse prin Decretul nr. 505/1970 prevăd stabilirea şi sancţionarea contravenţiilor la normele privind regimul stupefiantelor. (5)

STUPIDITATE. Termen folosit de Georget (1820) pentru a desemna un sindrom cu etiologie variată, caracterizat în primul rînd prin alterarea stării de conştiinţă şi incoerenţă ideoverbală. Delasiouve (1851) aprofundează acest capitol, precizează natura exogenă a sindromului şi înlocuieşte termenul cu cel de confuzie mintală păstrat pînă azi. (v. CONFUZIE MINTALĂ). (2)

STUPOARE. Stare de inhibiţie psihomotorie extremă în care bolnavul are un aspect caracteristic, inert, cu mimica inexpresivă, total indiferent la ceea ce se petrece în jur, ochii deschişi, privire în gol, nu răspunde la stimuli, dar poate răspunde la stimuli supraliminali. S. are 3 forme etiologice principale: 1). *Stupoarea catatonică*, întîlnită în schizofrenia catatonică. Aici

Scanned with CamScanner

inhibiția psihomotorie este însoțită de o stare de tensiune cu tonusul muscular crescut, de negativism activ sau (prin sugestibilitate crescută), de flexibilitate ceroasă (v. CATATONIE). Caracteristic pentru stupoare este faptul că evoluează pe fondul unei conștiințe relativ clare. 2). *Stupoare melancolică.* Inhibiție psihomotorie accentuată însoțită de o hipertimie negativă. Faciesul bolnavului are un aspect depresiv caracteristic. Există un grad de îngustare a stări de conștiință (monoideism), preocupările bolnavului fiind centrate exclusiv pe o problematică (de obicei o temă delirantă micromaniacă). Bolnavul poate răspunde la unele întrebări, dînd răspunsuri monosilabice și după o lungă perioadă de latență. 3). *Stupoare confuzională.* Aici starea de conștiință este suprimată, bolnavul este inert, într-o fază precomatoasă, apato-abulic, aprosexic. Se întîlnește în psihozele toxiinfecțioase. Unii autori (Neicu) mai descriu și o stupoare isterică în care, pe fondul unei îngustări a conștiinței de tip crepuscular isteric, bolnavul rămîne într-o stare de imobilitate totală. Apare reactiv la o situație psihotraumatizantă. (2)

SUBACUT. DELIR. v. DELIR

SUAVITIL. v. BENACTIZINA

SUBCONȘTIENT. Este o componentă a inconștientului, produs al evoluției filogenetice. Freud distinge în inconștient două etaje psihice: preconștientul, ceea ce Janet a numit subconștient, și inconștientul propriu-zis. Subconștientul ar reprezenta stratul superficial al inconștientului, pe unde se realizează o veritabilă osmoză de energii psiho-afective. Din S. ajung în planul conștiinței elementele necesare vieții psihice și tot aici sînt reținute acele tendințe care, din motive diferite, nu pot fi validate. (4)

SUBLIMARE. Termen psihanalitic prin care se desemnează rezolvarea — una din modalități — a complexelor, sau complexului care ar sta la originea nevrozei. Conform concepției psihanalitice, energia psihică, dorințele împiedicate în realizare, deviază, se transformă. În felul acesta se explică lapsusurile, visele, reveria etc. Sublimarea este o astfel de cale deviată dar utilă societății, dorită chiar. Este vorba de o veritabilă socializare a fondului ideo-afectiv al bolnavului; îndreptarea unei tendințe antisociale spre un scop socialmente folositor. În felul acesta, tendințele reprobabile, complexele sînt convertite favorabil în diferite activități: sport, lectură, artă. Este de menționat că sublimarea depinde și de structura personalității, și firește, de aptitudini. (4)

Scanned with CamScanner

SUBNARCOZA. Tehnică specială prin care, cu ajutorul unui barbituric cu acţiune de scurtă durată (amital etc.), injectat intravenos se obţine o stare apropiată de somn, în care legătura cu bolnavul prin stimuli verbali este încă posibilă. Starea de S. este utilizată atît în scop diagnostic, cît şi terapeutic (catarzis, anxioliză, psihoterapie). În situaţii speciale are şi indicaţii medico-legale (v. NARCOANALIZA). (4)

SUGESTIE. Fenomen psihologic prin care, cu ajutorul unei idei, influenţăm o persoană. Sugestia, pentru a se realiza, necesită o anume aptitudine care se numeşte sugestibilitate. Ea este comună tuturor oamenilor, avînd însă nivele diferite de intensitate. Există o sugestibilitate patologică în isterie, schizofrenie, la unii oligofreni etc. S. se foloseşte ca metodă de psihoterapie (v. PSIHOTERAPIE) şi se bazează pe sugestibilitate, desfăşurîndu-se în mediul intern psihologic al individului supus sugestiei. După Baudouin, citat din Porot, se disting 3 tipuri de sugestie: 1). S. spontană; 2). S. provocată sau heterosugestie. 3). Autosugestie. Din acest punct de vedere hipnoza este considerată, ca o formă de sugestie. Sfera de aplicabilitate a S. este foarte largă dar îndeosebi este utilă în nevroze şi psihosomatoze. (4)

SUGESTIBILITATE. Stare particulară de recepţie pentru transpunerea şi însuşirea elementelor expuse sau comandate de o altă persoană. S. se observă în nevroza isterică, debilitate mintală. (7)

SUGHIŢ. Manifestare obiectivă, determinată de contracţia repetitivă şi neregulată a diafragmei, asociată cu contracţia muşchilor abdominali şi intercostali, cu repercusiuni asupra aparatului fonator, sub forma unui zgomot caracteristic. În patologia neuropsihiatrică se menţionează S. ca un simptom în unele encefalite sau S. ca manifestare isterică. (6)

SUICID. Tulburare gravă de comportament prin care individul îşi suprimă propria viaţă. S. apare în stări reactive, neuroze, depresie, melancolie, toxicomanii, schizofrenie. (7)

SULPIRID (Dogmatil^{R}) este un derivat heterociclic de benzamidă, care are acţiune anxiolitică şi antipsihotică apropiată atît de cea a neurolepticelor sedative cît şi de a celor incisive, pe de o parte, cît şi de cea a antidepresivelor, pe de altă parte. Liniştirea bolnavului se produce fără inhibarea SNC, dimpotrivă medicamentul are o acţiune desinhibitoare. S. are efecte stimulatoare, cu activarea funcţională corticală. Acţiunea antidepresivă este potenţată de medicamentele antidepresive. Pe lîngă acestea, S. are proprietăţi antivertiginoase şi antihistami-

Scanned with CamScanner

nice. Indicațiile terapeutice sînt reprezentate de tulburări neurovegetative, sindroame vertiginoase, vomă de origine centrală. crize de migrenă, nevroze, stări anxioase, tulburări de comportament, schizofrenie, agitație maniacală, depresii nevrotice și organice. *Efectele secundare* sînt reduse, medicamentul fiind bine tolerat. Poate produce somnolență sau stimularea SNC, fenomene extrapiramidale de tip hiperkinetic, amenoree, congestie dureroasă a sînilor și galactoree. Este contraindicat în cazurile în care nu se administrează neuroleptice. Preparatul Dogmatil[R] se prezintă sub formă de capsule (50 mg), comprimate (200 mg), soluție buvabilă (25 mg pe linguriță), fiole (100 mg). În neuroze, se administrează, p.o., 50—150 mg pe zi. În schizofrenie, inițial se injectează i.m., 300 mg pe zi, după care doza se va mări treptat pînă la 600 mg pe zi (2—3 săptămîni), apoi se trece treptat la administrarea per os a S. În migrenă, doza este cuprinsă între 100—150—200 mg pe zi p.o., cîteva luni sau i.m. cîteva zile sau săptămîni (tratamentul crizei se face prin injecții i.m.); iar în sindroamele vertiginoase, 50—300 mg pe zi. S. poate fi asociat, după caz, cu barbiturice, tranchilizante sau antidepresive. (5)

SULTIAM. (Ospolot(R), Sultam(R), Sulthiane(R)) este o sulfamidă heterociclică eficace în grand mal și epilepsie psihomotorie. Nu are proprietăți hipnotice. Se utilizează per os, 150—800 mg pe zi. Inhibă metabolismul fenitoinei, prelungindu-i efectul. (5)

SUPRACOMPENSARE. Conform concepției lui Adler S. este procesul psihologic prin care individul încă în copilărie încearcă să depășească sentimentul de inferioritate (uneori prin defect fizic), spre a realiza țelul de putere, de afirmare, care are la bază tendințe egoiste de natură agresivă. În felul acesta, A. Adler, elev disident al lui Freud, așează „principiul puterii" în locul „principiului plăcerii". În esență, Adler postulează existența unui conflict intrapsihic între *a voi* și *a putea*. Acest conflict poate fi generator de stări nevrotice (v. NEVROZA), ca urmare a procesului de compensare și supracompensare psihică ce se cristalizează în structura nevrotică. (4)

SURDITATE PSIHICĂ. Tulburare de percepție din seria agnoziilor, constînd în imposibilitatea identificării unui sunet în prezența integrității morfo-fiziologice a analizatorului auditiv, cu toate segmentele sale. În funcție de aspectul pe care-l îmbracă deosebim o *surditate psihică globală* sau *elementară*, în care nu poate fi identificată natura sunetelor percepute, și o *surditate psihică electivă*, vizînd doar anumite categorii de su-

Scanned with CamScanner

nete. Din categoria din urmă cele mai cunoscute sînt surditatea verbală, în care bolnavul aude sunetele şi cuvintele dar nu le poate înţelege semnificaţia simbolică, şi amuzia, sau surditatea muzicală, unde nu se mai percepe linia melodică şi structura armonică a unei bucăţi muzicale. Surditatea verbală şi amuzia sînt corelate frecvent cu afazia senzorială. Surditatea psihică este consecinţa unor dificultăţi de integrare a stimulilor la nivelul segmentului central, datorită unor leziuni organice cerebrale, mai ales la nivelul lobilor temporali. (2)

SURMENAJ. Stare de oboseală extremă, survenită de obicei în urma unei suprasolicitări fizice sau intelectuale şi care cedează rapid după o perioadă de repaus. În psihiatrie, surmenajul este un simptom foarte frecvent întîlnit în domeniul nevrozelor, îmbrăcînd forma unei oboseli permanente şi la cel mai mic efort, care nu mai cedează după o perioadă de odihnă, manifestîndu-se sub forma unei fatigabilităţi accentuate (v. ASTENIE, NEVROZE). (2)

SURMONTIL. v. TRIMIPRAMINA

SYMMETREL. v. ADAMANTANAMINA

ŞOC ELECTRIC, v. ELECTROŞOC

ŞOC PSIHOGEN. v. PSIHOTRAUMA

Scanned with CamScanner

TABAGISM. Uzul și abuzul de tutun a alertat medicii cu atît mai mult cu cît Flechter și Horn (1970) au constatat o creștere îngrijorătoare a numărului de fumători. Tutunul conține o serie de substanțe, între care un număr mare de alcaloizi din seria nicotină, miosmină, anabazin, precum și hidrocarburi policiclice, între care mai cancerigene sînt benzpirenul și dibenzantracenul. Studiul clinic arată, după M. Kornitzer (1974), că o țigară conține 3—4 mg de nicotină, din care 2,5—3 mg sînt absorbite de plămîni. Nicotina produce o creștere a debitului cardiac, însoțit de modificări ale undei T; în același timp reduce timpul de coagulare și crește adezivitatea plachetară. Prin caracteristicile sale T. este considerat o adevărată toxicomanie. Cercetările pe gemeni au arătat că și în T. apare o adevărată stare de dependență asemănătoare în multe privințe cu cea dată de alcoolism sau barbiturice. Motivația adusă de fumători este diversă, deseori afirmîndu-se că țigara produce calmare, relaxare. Tomkins a diferențiat mai multe prototipuri de fumători: a). fumătorul obișnuit (fumează fără întrerupere și deseori automat); b). fumătorul care caută plăcere și găsește în fumat o relaxare, un stimul sau se complace în întregul ritual legat de practica fumatului; c). fumătorul care-și „înecă" în fum amarul, frămîntările, considerîndu-l un sedativ și d). fumătorul toxicoman și dependent, cu o preocupare dominantă legată de fumat. După cercetările OMS se consideră că T. are un rol important în apariția și dezvoltarea următoarelor boli: bronșite cronice, cardiopatie ischemică, cancerul pulmonar, emfizemul pulmonar, precum și în cadrul general al bolilor cardiovasculare și digestive (mai ales ulcerul gastric). De asemenea T. are influență asupra dezvoltării foetusului, deși încă este necunoscut mecanismul sub care acționează. *Tratamentul* T. se

Scanned with CamScanner

face printr-o cură de dezintoxicare, la care succesul este asigurat prin participarea cu convingere a fumătorului. Azi se preconizează o largă campanie de prevenire și de luptă contra fumatului. În această direcție, OMS a propus un amplu program profilactic, ale cărui principale obiective sînt: determinarea tinerilor de a nu începe să fumeze, reducerea cît mai grabnică a numărului existent de fumători, fabricarea de țigări inofensive, limitarea sau chiar interzicerea reclamelor pentru fumat. În plus, s-au propus restricții la fumat în unele localuri publice, în cadrul serviciilor sanitare, majorarea taxelor, avertisment pe pachete de țigări etc. Personalul sanitar are un rol mare în prevenirea și combaterea T. (7)

TABOPARALIZIE sin. TABOPARALIZIE GENERALĂ. Definește o formă de paralizie generală atipică sau asociată cu simptomatologia neurologică a tabesului, care ar preceda, de obicei, tulburările psihice. (3)

TACITINE. v. BENZOCTAMINA

TACTILE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE, ILUZIE

TAFEFOBIE. v. FOBIE

TAFOFILIE. Atragerea particulară și morbidă pe care o exercită cimitirul, mormintele. (7)

TAHI. Prefix utilizat pentru a specifica o accelerare a acțiunii respective a procesului, a fenomenului. (7)

TAHIFAGIE. Ingerarea rapidă a alimentelor parțial mestecate; T. apare în manie, schizofrenie cronică, oligofrenie gravă. (7)

TAHIFEMIE, sin. TAHIFAZIE. Accelerarea ritmului vorbirii întîlnită în stările de excitație psihomotorie, mai ales în cele de aspect maniacal. T. este expresia verbală a accelerării ritmului gîndirii (tahipsihie) și apare în manie, schizofrenie. (2)

TAHIFEMIE, sin. TAHIPSIHIE. Tulburare de formă a gîndirii, constînd în accelerarea ritmului ideativ. În psihopatologie se întîlnește frecvent în stările de agitație psihomotorie de aspect maniacal, unde această accelerare a ritmului gîndirii îmbracă o formă particulară, cea a fugii de idei (v. FUGA DE IDEI). (2)

TAHIFILAXIE. v. REACȚIE ADVERSĂ

TAHILALIE. Tulburare de limbaj caracterizată printr-o vorbire rapidă, într-un ritm alert. T. survine mai ales în ma-

Scanned with CamScanner

nie; ea mai poate fi observată în intoxicații voluntare cu psihostimulente (cofeină, benzedrină, amfetamină etc.). (7)

TALAZOFOBIE. v. FOBIE

TALWIN(R), antagonist al morfinei.

TANATO. Formează o serie de cuvinte care se referă la moarte. (7)

TANATOFOBIE. v. FOBIE

TARACTAN. v. CLORPROTIXEN

TARANTISM. Prototip de psihoză colectivă manifestată prin dans (tarantelă); ea este cunoscută ca un fenomen de sugestie colectivă, care a avut loc mai ales în Germania (secolele XIV—XV) și în Italia (secolele XVI—XVII) (Gusikov). (7)

TASIKINEZIE. Definește o tulburare a activității motorii a organismului, reprezentată clinic de tendința persoanei respective de a se deplasa încontinuu în spațiul ambiant, ce apare ca urmare a senzațiilor de neliniște musculară, acompaniate de nevoia imperioasă de a se deplasa în spațiu, de a face mișcări. Această manifestare apare cu precădere în cadrul simdromului de impregnație neuroleptică sau mai rar, ca o sechelă postencefalitică. (6)

TATUAJ. Se disting două mari categorii de T. În prima categorie intră tatuajul magic-ritual al unor populații primitive din Oceania, Africa de Nord etc. și cel așa-zis „tradițional", din unele profesiuni, cum ar fi cea de marinar. În categoria a doua, T. aparține bolnavilor psihici (psihopați, oligofreni, maniaci, schizofreni etc.). T. este foarte variat, de la T. cu teme simple, la simboluri criptice; de la teme politice pînă la cele sexuale, pline de reprezentări obscene. Unele T. reflectă profesiunea individului, altele dorințele sale, amintirile sau aventurile. T. poate fi unic (o singură reprezentare sau cuvînt) sau multiplu. Există o serie de locuri „predilecte", ca de pildă antebrațul, brațul și pieptul. Alteori sînt tatuate zone puțin vizibile, cum sînt fesele, organul genital (mai ales la bărbați), regiunea pubiană și fața internă a coapselor, la femei. De obicei, acestea sînt T. cu tematică sexuală. „Moda" T. își are sediul și se propagă în mediile corupte, în care abundă psihopatiile, precum și în închisori, azile, case de toleranță etc. În Occident, există „ateliere" în care, contra unei sume de bani, se execută T. la cerere. Clientela este constituită, în majoritate, de psihopați dar și de unii curioși și excentrici, dornici de exotism și erotism ieftin. Cele mai cunoscute forme de T. sînt: *T. accidental,* survenit în caz de explozie (în mină, război, șantier) după care pielea rămîne impregnată cu pulberi; *T. cor-*

Scanned with CamScanner

neean, folosirea unor coloranți pentru impregnarea opacității corneene în scop estetic (M. David); *T. criminal,* impregnarea pielii cu praf de pușcă în jurul orificiului de pătrundere a glonțului, în împușcătura de aproape; *T. voluntar,* desenarea la cerere, prin înțepare cu acul și introducerea unui colorant insolubil, a unor figuri, folosit mai ales de psihopați, oligofreni etc. (4)

TAVOR. v. LORAZEPAM

TAY-SACHS. Forma infantilă a idioției amaurotice familiale, cu debutul între 3—6 luni. Boala se caracterizează prin degenerescența cerebro-maculară, atrofia nervului optic și tulburări psihice (oligofrenii). (v. AMAUROTICĂ, IDIOȚIE). (2)

TEBAINA. v. OPIU

TÉGRÉTOL(R). v. CARBAMAZEPINA

TEISM. Abuzul de ceai concentrat, care poate produce o serie de tulburări, cum ar fi: iritabilitate, tremurături, anorexie, anxietate, coșmaruri, insomnie. (7)

TELEFONOFOBIE. v. FOBIE

TELOPSIE. v. ILUZIE

TAZEPAM. v. OXAZEPAM

TEMESTA. v. LORAZEPAM

TEMPORAL, SINDROM. Se manifestă în cazul leziunilor de origine traumatică, tumorală, vasculară etc., localizate în structurile anatomice ale lobului temporal. *Clinic,* din punct de vedere al tulburărilor psihice, pe prim plan se situează atît prin frecvență, cît prin posibila valoare localizatoare, o serie de manifestări psihopatologice, cu caracter paroxistic. Dintre acestea, cele mai caracteristice sînt următoarele: 1). Tulburări psiho-senzoriale, reprezentate de halucinații pe diverși analizatori, de tip elementar sau complex, mai ales în cazul celor vizuale, cu tendința la repetare stereotipă. Tulburările halucinatorii însă, pot avea uneori și caracterul de halucinoză sau pot fi de tip oniric, în cadrul unui sindrom confuzional. 2). Tulburări paroxistice ale conștiinței, concretizate clinic prin „falsa absență temporală". 3). Crize psihomotorii, respectiv tulburări paroxistice de conștiință, în grade variabile, de la obnubilare pînă la confuzie mintală, la care se asociază automatisme motorii diverse (gestuale, verbale, mimice sau ambulatorii de tip diurn sau nocturn). 4). Tulburări psihice cu simptomatologie cognitivă sau afectivă, în care se încadrează starea de vis, memoria panoramică, depersonalizarea, dedublarea personalității, tulburări afective paroxistice etc. (v. EPILEPSIE, TULBURĂRI PAROXISTICE). Tulburările psihice cu caracter per-

Scanned with CamScanner

manent, mai rare comparativ cu cele paroxistice, sînt reprezentate de sindroame confuzionale sau cu cele de tip deficit psihic, turburări de comportament, amnezie de fixare sau chiar sindrom Korsakov. Simptomatologia neurologică principală este reprezentată de sindroame afazice în leziunile emisferului dominant, hemianopsie homonimă laterală sau în cadran, tulburări vestibulare. Simptomatologia sindromului temporal poate fi și mai polimorfă în eventualitatea în care prin natura leziunilor se produce o extindere și în alte zone cerebrale. (6)

TEOMANIE. Stare psihotică în care simptomul cardinal este reprezentat de convingerea delirantă de tip mistic despre chemarea și ulterior identificarea cu Dumnezeu (Marchais). (7)

TEPERIN. v. AMITRIPTILINA

TERAPIE OCUPAȚIONALĂ. Formă de tratament ce urmărește menținerea și dezvoltarea unor aptitudini rămase intacte, care facilitează în timp cîștigarea unor deprinderi psihice și fizice (manuale) ce permit exercitarea unor activități mai simple. În această categorie sînt cuprinse: 1). Ergoterapia (v. ERGOTERAPIE) și 2). Terapiile recreative sau play-terapia. Aceasta din urmă încearcă să deschidă noi orizonturi, să trezească interesul și curiozitatea bolnavilor față de activități plăcute, ca muzica, desenul, lucrul manual, tip artizanal, colecționarismul etc. Ele permit în același timp, mai ales la copii și tineri, lichidarea conflictelor și a complexelor, favorizînd procesul de resocializare. În acest scop, de mare importanță sînt activitățile organizate în grup (echipă de dansuri, sport etc.). (4)

TERATOFOBIE. v. FOBIE

TERATOGENIE PRIN PSIHOTROPE, sin. TERATOGENIE MEDICAMENTOASĂ. Medicamentele în general pot acționa direct sau indirect asupra produsului de concepțiune influențîndu-i dezvoltarea. Psihotropele străbat placenta și, ajungînd în țesuturile embrionului, pot determina tulburări ale dezvoltării acestuia, mai ales dacă se utilizează în primele luni ale sarcinii. Mecanismele prin care se produc aceste tulburări sînt încă obscure. Capitolul embriopatiei medicamentoase a început să fie studiat sistematic după dezastrul produs de talidomidă (Contergan(R), Distraval(R)). Acest derivat de dioxipiperidină, cu proprietăți hipno-sedative, avea o toxicitate foarte redusă și a fost utilizat pe scară largă. Cercetările lui W. Lenz și W. Mc Bride (1961) au atras atenția pentru prima oară asupra corelației dintre apariția numeroaselor și gravelor malformații congenitale (amelie, focomelie, aplazie bilaterală a radiusului și policelui etc.) după utilizarea talidomidei de către gravide, în unele țări, unde

Scanned with CamScanner

aceasta era în circulație (R.F.G., Anglia, Suedia, Japonia, Australia). S-a stabilit retrospectiv că administrarea unui singur comprimat, la începutul sarcinii, a putut determina anomalii care, anterior, fie că apăreau extrem de rar (1/100.000 de nașteri), fie că nu au mai fost semnalate (tetrafocomelie). Psihotropele ocupă un loc special în arsenalul terapeutic deoarece ele trec prin bariera hemato-encefalică și pot determina modificări ale dezvoltării SNC, în afara numeroaselor tulburări de dezvoltare ale organelor embrionului. Pe de altă parte, trebuie luată în considerare larga utilizare a acestor medicamente care sînt prescrise nu numai pentru tratamentul unor afecțiuni neuropsihice ale mamei, ci și în cazul altor boli (hipertensiune arterială, boala ulceroasă, astm bronșic, boli alergice etc.) sau în cadrul practicilor anesteziologice (analgezie obstetricală, pregătire preoperatorie etc.), la care poate fi supusă femeia gravidă. În acest fel crește riscul malformațiilor congenitale, care pot fi determinate prin administrarea acestor medicamente în primele luni ale sarcinii; de asemenea, se produce acțiunea nefavorabilă asupra unor funcțiuni ale fătului în cazul administrării psihotropelor în ultimele zile ale sarcinii sau în cursul nașterii (de ex. deprimarea respirației, determinată de opiacee, Diazepam etc.). În cele ce urmează se face o succintă prezentare a potențialului teratogen al psihotropelor. Datele din literatură nu sînt totdeauna concordante, unele fiind alarmante, în timp ce altele sînt mai puțin neliniștitoare. Datele care există s-au obținut în urma unor anchete (retrospective, prospective etc.) și sînt bogate, dar uneori nu îndeajuns de precise. Au fost chestionate, alături de mamele care au născut copii cu malformații congenitale după utilizarea psihotropelor în cursul sarcinii, numeroase mame care, deși au urmat tratamente cu aceleași medicamente, au dat naștere unor copii normali. Starea sănătății acestor copii a fost apoi urmărită, în continuare, o perioadă de timp. Anchetele realizate, însumînd un număr impresionant de observații (de ex. 15.000 cazuri cercetate de INSERM; peste 6.300 gravide urmărite de Kullander și colab., 1976) au furnizat date care nu se puteau prevedea întotdeauna pe testele de farmacologie efectuate pe animale. Într-adevăr efectele embriotoxice ale psihotropelor nu apar la toate speciile sau, invers, unele medicamente se transformă în produși teratogeni numai la unele specii de animale (de ex. norclorciclizina, care rezultă din hidroxizină și clorciclizină, are efect teratogen la rozătoare). Din aceste motive, datele obținute la animale nu pot fi întotdeauna transpuse la om. Alteori, este

Scanned with CamScanner

aceasta era în circulație (R.F.G., Anglia, Suedia, Japonia, Australia). S-a stabilit retrospectiv că administrarea unui singur comprimat, la începutul sarcinii, a putut determina anomalii care, anterior, fie că apăreau extrem de rar (1/100.000 de nașteri), fie că nu au mai fost semnalate (tetrafocomelie). Psihotropele ocupă un loc special în arsenalul terapeutic deoarece ele trec prin bariera hemato-encefalică și pot determina modificări ale dezvoltării SNC, în afara numeroaselor tulburări de dezvoltare ale organelor embrionului. Pe de altă parte, trebuie luată în considerare larga utilizare a acestor medicamente care sînt prescrise nu numai pentru tratamentul unor afecțiuni neuropsihice ale mamei, ci și în cazul altor boli (hipertensiune arterială, boala ulceroasă, astm bronșic, boli alergice etc.) sau în cadrul practicilor anesteziologice (analgezie obstetricală, pregătire preoperatorie etc.), la care poate fi supusă femeia gravidă. În acest fel crește riscul malformațiilor congenitale, care pot fi determinate prin administrarea acestor medicamente în primele luni ale sarcinii; de asemenea, se produce acțiunea nefavorabilă asupra unor funcțiuni ale fătului în cazul administrării psihotropelor în ultimele zile ale sarcinii sau în cursul nașterii (de ex. deprimarea respirației, determinată de opiacee, Diazepam etc.). În cele ce urmează se face o succintă prezentare a potențialului teratogen al psihotropelor. Datele din literatură nu sînt totdeauna concordante, unele fiind alarmante, în timp ce altele sînt mai puțin neliniștitoare. Datele care există s-au obținut în urma unor anchete (retrospective, prospective etc.) și sînt bogate, dar uneori nu îndeajuns de precise. Au fost chestionate, alături de mamele care au născut copii cu malformații congenitale după utilizarea psihotropelor în cursul sarcinii, numeroase mame care, deși au urmat tratamente cu aceleași medicamente, au dat naștere unor copii normali. Starea sănătății acestor copii a fost apoi urmărită, în continuare, o perioadă de timp. Anchetele realizate, însumînd un număr impresionant de observații (de ex. 15.000 cazuri cercetate de INSERM; peste 6.300 gravide urmărite de Kullander și colab., 1976) au furnizat date care nu se puteau prevedea întotdeauna pe testele de farmacologie efectuate pe animale. Într-adevăr efectele embriotoxice ale psihotropelor nu apar la toate speciile sau, invers, unele medicamente se transformă în produși teratogeni numai la unele specii de animale (de ex. norclorciclizina, care rezultă din hidroxizină și clorciclizină, are efect teratogen la rozătoare). Din aceste motive, datele obținute la animale nu pot fi întotdeauna transpuse la om. Alteori, este

Scanned with CamScanner

dificil să se facă vreo legătură între efectul teratogen și acțiunea medicamentului psihotrop în cursul sarcinii. În astfel de situații, apariția unei malformații poate avea alte cauze, care sînt corelate fie cu boala mamei (de ex. epilepsie), fie cu factori genetici sau de altă natură. Astfel, pot fi ostracizate pe nedrept medicamente care nu sînt teratogene în realitate. Forfar (1976), pe baza unei documentații impresionante ca amploare, face o clasificare a medicamentelor teratogene în următoarele trei categorii: 1). *teratogene dovedite;* 2). *teratogene probabile;* 3).*teratogene posibile.* Dintre psihotrope, în prima categorie, sînt incluse: alcoolul, barbituricele, fenitoina, talidomida, acestea fiind trecute pe listă alături de radiațiile excesive, deosebit de nocive. În categoria a doua se află: amfetamina, parametadiona, trimetadiona, ca și fumatul. În ultima categorie sînt notate: antidepresivele triciclice, fenmetrazina, litiul, LSD, meclozinul. În cele ce urmează se prezintă cele mai frecvente tulburări de dezvoltare care sînt atribuite unor psihotrope. *Alcoolul* (abuz cronic): malformații cranio-faciale, cardio-vasculare, luxație congenitală coxofemurală; *Amfetaminele:* malformații cardiace, urogenitale, atrezie biliară, buză de iepure; *Antidepresivele triciclice* (amitriptilina, imipramina): malformații cardiace și osteo-musculare; *Antiepileticele* (fenitoina, asociată cu barbiturice): malformații craniene, buză de iepure, gură de lup, malformații ale coloanei vertebrale, cardiace și ale membrelor; Parametadiona și trimetadiona, malformații cardiace, buză de iepure, întîrziere mintală; *Barbiturice:* malformații craniene, buză de iepure, tulburări de dezvoltare ale SNC și ale cristalinului, luxație congenitală a șoldului, hipospadias; *Fenmetrazina:* hernie diafragmatică, tulburări de dezvoltare ale membrelor; *Fenotiazinele* (neuroleptice sau antihistaminice) pot determina diferite malformații interesînd organe ale căror dezvoltare are loc în perioada aplicării tratamentului (Rumeau-Rouquette și colab., 1976); *Fumatul:* buză de iepure, întîrziere mintală; *Litiul,* malformații cardiovasculare; *LSD,* anomalii cromozomiale, tulburări ale dezvoltării membrelor; *Meclozina,* focomelie; *Talidomida:* anomalii ale membrelor, malformații cardiace, ale ochilor și urechilor; *Tranchilizante.* S-a semnalat creșterea numărului diverselor forme de malformații congenitale la copii, ai căror mame au fost tratate cu meprobamat în primele 42 zile ale sarcinii (Rumeau-Rouquette și colab., 1976). După alți autori, incidența malformațiilor după acest medicament este rară (Kullander și colab., 1976). Același lucru se

Scanned with CamScanner

afirmă în legătură cu teratogenitatea benzodiazepinelor (Saxen și colab., 1975) în cadrul cărora clordiazepoxidul și Diazepamul sînt incriminați de unii autori ca avînd acest potențial mai exprimat (Finnegan, 1976). Psihotropele au fost utilizate de multe ori irațional, de ex. administrîndu-se medicamente foarte active (fenotiazine) în tratamentul unor afecțiuni în care nu era necesară întrebuințarea lor (ex. vărsături simple). Gravidele pot obține de la diferiți specialiști prescripții conținînd psihotrope, care vizează tratamentul afecțiunilor celor mai diverse (dintre care unele au fost menționate). În aceste cazuri, fiind vorba de indicații provenite de la persoane diferite, interacțiunile farmacodinamice și incompatibilitățile medicamentoase nu pot fi prevăzute. De asemenea se omite faptul că tratînd o boală a mamei se poate influența nefavorabil dezvoltarea produsului de concepțiune. În țara noastră, potrivit unor acte normative, sînt contraindicate la femeia gravidă, între 16—40 ani, următoarele psihotrope și anticonvulsivante: clordiazepoxidul (Napoton(+)), clorpromazina (Clordelazin(+), Plegomazine(R)), carbamazepina (Tegretol(R)), difenilhidantoina (Fenitoina(+)), dehidrobenzperidolul, etotoina, fenacemida, flufenazina (Lyogen(R), Moditen(R)), haloperidolul, hidroxizina, imipramina (Antideprin(+)), levomepromazina (Nozinan(R), Tisercin(R)), primidona, propericiazina (Neuleptil(R)), tioetilperazina (Torecan(R)), tioproperazina (Majeptil(R)), tioridazina (Melleril(R)), trifluoperazina (Stelazin(R)), trimetadiona (Trepal(+)). Este necesar să se facă o intensă muncă de educație sanitară împotriva automedicației gravidelor cu psihotrope. Pentru evitarea acestei practici se impune de asemenea un control riguros al eliberării psihotropelor din unitățile farmaceutice, prin evitarea vînzării acestor produse fără prescripție medicală. Se impune și lămurirea gravidelor asupra riscurilor la care expun copilul prin consumul alcoolului și prin fumat. (5)

TERIFIANT. În psihopatologie, un caracter terifiant pot să îl aibă unele tulburări de percepție de tip halucinator, în special în cazul halucinațiilor vizuale complexe sau a celor auditive verbale. De asemenea în cadrul patologiei somnului, coșmarurile au un caracter terifiant. (6)

TERIFIANTE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

TERMOFOBIE. v. FOBIE

TESTE PSIHOLOGICE. Ansamblul de tehnici standardizate în ce privește forma de aplicare și evaluarea rezultatelor, folosite pentru evidențierea și măsurarea unor caracteristice și performanțe psihologice. Testele au fost utilizate prima dată

Scanned with CamScanner

de psihologul englez Catell în 1890. Scopul testelor este de a obține informații cît mai exacte și cît mai obiective despre aspectul psihic studiat, astfel încît rezultatele să nu fie influențate de subiectivismul experimentatorului. De asemenea, aceste informații trebuie să fie cuantificabile. Calitățile ce se cer unui test sînt: *fidelitatea,* un test bun trebuie să dea rezultate constante la examinări variate; *sensibilitate,* rezultatele să fie destul de nuanțate pentru a permite sesizarea diferențelor dintre indivizi; *validitatea,* adică rezultatele obținute să reflecte în mod real caracteristicile măsurate. Principalele teste psihologice existente pot fi grupate în 2 mari grupe: 1). Teste care studiază aspectele cognitive și aptitudinile. Din această categorie fac parte testele verbale, non-verbale, senzorio-motrice, scalele de evaluare a inteligenței și testele de eficiență. 2). Testele de personalitate vizează studiul unor trăsături caracteriale sau al personalității în ansamblu. Dintre cele mai importante se menționează: a). Chestionarele (de ex. chestionarul de trăsături de caracter al lui Catell; Inventarul multifazic de personalitate Minessota (MMPI) ș.a.m.d.); b). Testele proiective (de ex., testul TAT, Rorschach etc.). De menționat faptul că testele nu au o valoare absolută în stabilirea unui diagnostic psihiatric și nu pot fi substituite în nici un caz examenului clinic, ele constituie însă metode de examinare complementară deosebit de utile clinicianului, furnizîndu-i o mare bogăție de informații, privind structura personalității premorbide a pacientului, disponibilitățile sale, elemente ce pot fi folosite în elaborarea diagnosticului sau la psihoterapie. (2)

THORAZINE. v. CLORPROMAZINA

TIAMINA (Aneurina, Vitamina B_1). Este o vitamină hidrosolubilă și termolabilă în soluție neutră. Se găsește sub formă liberă în diverse vegetale, în special în cereale (în cortexul acestora), în nuci, lapte, legume verzi. Sub formă de pirofosfat se întîlnește în regnul animal. Nu se depozitează în organism, datorită acestui fapt, carențele alimentare în tiamină pot duce la hipovitaminoze sau avitaminoză. În cazul unui deficit în vitamina B_1 se produce o creștere a ac. piruvic și a celui lactic, în sînge, datorită unei activități deficitare a cocarboxilazei, enzimă tiaminodependentă, care decarboxilează în mod normal ac. piruvic. Avitaminoza (boala beri-beri) se manifestă sub două forme clinice: beri-beri „uscat", caracterizat prin polinevrite, și beri-beri „umed", care prezintă simptomele unei insuficiențe cardiace energodinamice. Poliencefalita lui Wernicke se atribuie tot unei carențe de vitamină B_1. Hipovitaminozele se întîlnesc

Scanned with CamScanner

relativ frecvent la alcoolici, diabetici, în graviditate, în cursul bolilor infecţioase. În doze mari, tiamina are efecte narcotice. *Indicaţii terapeutice.* Este indicată în cazurile de avitaminoză (care la noi în ţară sînt foarte rare) şi în hipovitaminoze. O indicaţie relativă este tratamentul polinevritelor nealcoolice, unde se obţin uneori rezultate bune. Se mai foloseşte în doze mari, în tratamentul unor îmbolnăviri reumatice, lombalgii, sciatică *Efecte secundare.* Poate provoca, la administrare parenterală, reacţii alergice, uneori grave. Se mai observă tot la aceeaşi modalitate de administrare (în special i.v.) prurit, greaţă, strănuturi. Rareori determină, la injectarea i.v., stare de şoc. *Preparate. Posologie.* Preparatul românesc Vitamina $B_1^{(+)}$ se prezintă sub formă de comprimate de 10 mg din care se dau, la adulţi, 3—6 comprimate, iar la copii, 1/2—2 comprimate; fiole de 10, 25 şi 100 mg clorhidrat de tiamină, administrate i.m. şi/sau s.c., 1—2 fiole pe zi, la adulţi, şi 1 fiolă, la copii. A se evita injecţiile i.v. (1)

TICUL, boala ticurilor (sin. NEUROZA TICURILOR). Ticul poate fi considerat, după Kammerer, drept un gest scurt, ca o străfulgerare, repetat, fără să aibă vreo utilitate. Marchais îl caracterizează ca fiind o mişcare parazită, spasmodică, bruscă, stereotipă, care poate fi blocată prin voinţă pentru un timp limitat. Kreindler şi Voiculescu (1972) definesc ticul drept o formă a diskineziei, tradusă printr-o mişcare involuntară, irezistibilă, recurentă şi bruscă. Ticul este o adevărată caricatură a unui gest care şi-a pierdut semnificaţia (Feindel şi Meige). *Etiopatogenie.* Neuroza ticurilor, în care simptomul-cheie îl formează această formă particulară de diskinezie, debutează în cele mai multe cazuri în copilărie. După unele sondaje statistice, s-ar putea aprecia că 23% dintre copiii care se prezintă la consultaţiile de neuropsihiatrie ar prezenta ticuri. Cele mai multe ticuri apar în prima decadă a vieţii; mai rar ele se pot însă instala şi la pubertate sau chiar în perioada climaxului. Ticurile sînt mai frecvente la băieţi decît la fete. În etiopatogenia neurozei ticurilor se incriminează o anumită predispoziţie, „o vulnerabilitate genetică", ceea ce ar explica prezenţa acestei neuroze în familii cu antecedente psihice. Pe de altă parte, structura personalităţii în dezvoltare a copilului este puternic influenţată de stările conflictuale existente în familie şi de excesele educative (părinţi prea severi, mamă cu o iubire sufocantă, diferenţe şi predilecţii sau favoritism pentru unul din copii etc.). Copiii la care apar ticuri sînt mai sensibili, hiperemotivi sau cu o labilitate psihoafectivă mai mare. Localizarea

Scanned with CamScanner

ticurilor la un anumit grup muscular este de multe ori în legătură cu prezența anterioară a unei afecțiuni (conjunctivită, blefarită) sau cu o jenă vestimentară (haine strîmte), elemente care ar favoriza manifestarea lor. Unii autori consideră că ticurile se bazează pe existența unor microleziuni ale nucleilor extrapiramidali; această opinie este însă privită cu rezervă de alți autori. S-a mai constatat că ticurile pot apare după o boală infecțioasă, după mialgii și chiar după o stare de oboseală îndelungată, fără însă a se putea preciza o corelație mai evidentă cu aceste suferințe care-l preced. *Simptomatologie.* Boala ticurilor debutează insidios, astfel că perioada de instalare rămîne aproape întotdeauna imposibil de decelat. Fiecare bolnav prezintă un grup restrîns de ticuri principale, caracteristice pentru el, și un alt grup mai larg de ticuri suplimentare, de acompaniament, ticuri care se dezlănțuie în momente nefavorabile sau tensionale. În decursul desfășurării lor, ticurile migrează cu ușurință de la un grup muscular la altul și se pot complica cu gesturi și ritualuri similare neurozelor obsesivo-fobice. Ticurile sînt în mare măsură dependente de starea emoțională care le amplifică și le mărește frecvența, devenind extrem de supărătoare și jenante pentru bolnav. Voluntar ele pot fi reținute cu destul efort însă numai pentru o perioadă scurtă de timp, ulterior desfășurîndu-se în adevărate cascade de descărcare. Dacă persoana este angajată într-o activitate psihomotorie susținută, cum ar fi scrisul, dansul sau sportul, ticurile pot diminua sau chiar dispare pe intervalul respectiv. O altă particularitate importantă a ticurilor o constituie totala lor dispariție în decursul somnului. Ticurile au un anumit grad de „contagiozitate", demonstrabil mai ales la copii la care mimetismul este mai accentuat: colegul de bancă, prietenul, preluînd unele ticuri. Bolnavul de ticuri trăiește dureros această manifestare, se jenează și de multe ori refuză o serie de situații plăcute, cum ar fi petrecerile, excursiile, de teama ironiilor sau a privirilor compătimitoare ale celor din jur. Autoeducația și soluțiile pe care le caută și le aplică singur îl dezamăgesc prin ineficiența lor. *Formele de manifestare* pe care le îmbracă ticurile sînt multiple. Regiunile cele mai predilect atinse sînt capul, gîtul și membrele superioare. Dintre ticurile cele mai cunoscute fac parte următoarele: clipitul, mișcarea sprîncenelor, dilatarea nărilor, tusea, raclarea glotei, mișcarea buzelor, ridicarea umerilor, gratajul pielii, mișcarea brațelor, a mîinilor etc. O formă gravă a acestei neuroze este reprezentată de boala ticurilor lui Gilles de la Tourette, în care amploarea lor de manifestare

Scanned with CamScanner

este foarte mare. Ticurile, cu vădită tendință de generalizare, se asociază cu coprolalie, ecomimie și ecopraxie. În această boală ticurile se dezvoltă compulsiv; evoluția se caracterizează printr-o degradare psihică progresivă, boala terminîndu-se cu demență. *Diagnosticul diferențial.* Manifestări similare ticurilor, denumite „ticuri organice", se pot întîlni în unele afecțiuni extrapiramidale, în encefalita epidemică, în coree acută. Contextul simptomatologic general însă permite o precizare diagnostică. În afara neurozei ticurilor, mai pot apare ca o manifestare secundară, accesorie, în logoneuroză, în neuroza obsesivo-fobică, în oligofrenie, psihopatie și schizofrenie. *Tratament.* Deși se cunosc cazuri de vindecare spontană, — pentru formele ușoare apărute în perioada pubertății, — majoritatea necesită un tratament îndelungat psihoterapeutic de relaxare și reeducare funcțională, asociat cu psihotrope, dintre care, mai ales butirofenonele (haloperidol) dau cele mai bune rezultate. Heige a recomandat așa-zisele „tehnici psihomotorii" care constau din relaxare musculară, asociată cu gimnastica în fața oglinzii etc., în vederea reeducării. (7)

TIMOANALEPTICE (timoeretic, thymoerethika) este o grupă de substanțe psihotone din categoria psihoanalepticelor, care au acțiune dinamogenă și antidepresivă. Acțiunea T. apare după o perioadă de 7—14 zile de latență. În această categorie sînt cuprinse mai ales IMAO, a căror acțiune antidepresivă este indirectă (v. IMAO). (5)

TIMOLEPTIC. Definește substanțe psihotrope, cu acțiune antidepresivă. Aici sînt cuprinse medicamente de tipul imipraminei care modifică dispoziția. Inhibitorii de monoaminoxidaze (IMAO) nu sînt cuprinși în acest grup, ei fiind considerați timoeretice (v. TIMOANALEPTICE). (5)

TIMOPAT. v. PSIHOPATIE

TINCTURA TEBAICA. v. OPIU

TIOPROPERAZINA (Majeptil(R)) este o sulfamido-fenotiazină piperazinică cu proprietăți neuroleptice incisive. Are proprietăți antipsihotice și antivomitive mult superioare clorpromazinei. Are aceleași indicații ca și clorpromazina. Prezintă efecte secundare numeroase și intense. Produce un sindrom apalic medicamentos. Are contraindicațiile clorpromazinei. Se administrează în psihoze, în doze de 10—15 mg pe zi, per os sau i.m. Efectele adverse reduc valoarea terapeutică a T. Nu se administrează la gravide. (5)

TIORIDAZINA (Tioridazin(+); Melleril(R), Melleretten(R), Mellaril(R), Sonapax(R)) este un derivat tiometil piperidinic de feno-

Scanned with CamScanner

tiazină cu proprietăți neuroleptice, sedative și anxiolitice. Prin această acțiune, T. are și un efect antidepresiv (timoleptic). Proprietățile sale antipsihotice sînt remarcabile. Potențează acțiunea medicamentelor cu efect deprimant asupra SNC (narcotice, hipnotice, tranchilizante, analgezice). Este un α-adrenolitic puternic dar are acțiune antiemetizantă mediocră. T. este indicată în stări de tensiune psihică, neuroze, psihopatii, schizofrenii halucinator delirante, manie, deliruri cronice, stări paranoide. Datorită efectului anxiolitic T. se poate utiliza și în stările anxioase sau depresive. Pe lîngă acestea, T. se recomandă în afecțiunile medicale însoțite de stări de anxietate, tulburări psihosomatice, tulburări ale somnului, pentru potențarea analgezicelor în durerile profunde sau rebele la alte medicamente (neoplazii, nevralgii, zona zooster). *Efectele secundare și contraindicațiile* sînt similare cu cele menționate la clorpromazină. După doze mari pot apărea tulburări de ritm și stop cardiac. În schimb, fenomenele extrapiramidale apar mai rar decît după alte fenotiazine. Nu se administrează la gravide. Se utilizează cu prudență la cardiaci, în ateroscleroză și la epileptici. *Preparate. Posologie.* Tioridazina(+) conține pe drajeu 5 mg (mitte) sau 50 mg (forte) substanță activă, sub formă de clorhidrat. În psihoze, se administrează per os 100—600 mg pe zi, fracționat în mai multe prize. După obținerea efectului terapeutic, dozele se reduc treptat pînă la 100—200 mg pe zi (doza de întreținere). În neuroze și alte afecțiuni, doza utilizată este cuprinsă între 10 și 25 mg pe zi. Alte preparate similare sînt: *Mellerilul*(R), sub formă de drajeuri (10; 25 sau 100 mg) și soluție buvabilă (10 pic. = 10 mg). *Melleril*(R)*-30 retard* și *Melleril*(R)*-200 retard*, sub formă de tablete, care se administrează într-o singură priză pe zi, în psihozele cronice. (5)

TIOSULFAT DE SODIU. v. HIPOSULFITUL DE NATRIU

TIOTIXEN (Navane(R), Orbinamon(R)), este analogul tioxantenic al tioproperazinei, cu proprietăți antipsihotice puternice și efecte dinamogene. Poate inversa efectele hipertensive ale adrenalinei. Are efecte M-colinolitice. Este indicat în schizofrenie, mai ales în formele apatoabulice și paranoide. În schizofrenie, T. înlătură anxietatea, agitația, ostilitatea, tensiunea emoțională, halucinațiile. Se mai poate utiliza și în psihozele alcoolice. *Efectele secundare* constau în hiperexcitabilitate psihomotorie, neliniște, insomnie, exacerbarea fenomenelor psihotice, facilitarea convulsiilor prin scăderea pragului convulsivant (în epilepsie), tulburări extrapiramidale, hipotensiune ortostatică,

Scanned with CamScanner

tahicardie, retinopatie pigmentară, pigmentaţie lenticulară, fotosensibilizare, alergie, anafilaxie, agranulocitoză, sensibilizare încrucişată faţă de fenotiazine, iritaţia tubului digestiv (nauseea, vărsături, diaree), fenomene atropinice (gură uscată, tulburări de vedere, constipaţie etc.). Scade fertilitatea animalelor de experienţă. *Contraindicaţiile* sînt similare cu cele ale clorpromazinei. Se utilizează cu prudenţă la epileptici şi la cardiaci. Nu se administrează la gravide. Se interzice consumul alcoolului în timpul tratamentelor. Se evită asocierea cu psihotropele deprimante ale SNC şi cu atropină. Bolnavii trataţi cu acest medicament nu vor fi expuşi la căldură excesivă. Nu se administrează copiilor sub 12 ani. Preparatul Navane(R) se prezintă sub formă de capsule operculate, în care se află 1; 2; 5 sau 10 mg T. Există şi o soluţie buvabilă concentrată (5 mg/1 ml). T. se administrează per os în doze de 10—30 mg pe zi. Dozele pot fi mărite treptat pînă la 60 mg pe zi. (5)

TIOXANTENE (derivaţi tioxantenici) sînt neuroleptice înrudite din punct de vedere chimic cu fenotiazinele (în locul atomului N din poziţia 10 a inelului central fenotiazinic au o grupare etilen, de care se fixează catena laterală). T. au acţiune antipsihotică mai puternică decît derivaţii fenotiazinici. În acelaşi timp, *efectele lor secundare* apar mai rar şi sînt mai puţin intense decît după fenotiazine. Cele mai importante tioxantene sînt: clopentixolul, clorprotixenul, flupentixolul şi tiotixenul. Un alt derivat Tremarilul(R) este înzestrat cu proprietăţi antiparkinsoniene. (5).

TISERCIN. v. LEVOMEPROMAZINA

TITILOMANIE. v. ONICOFAGIE

TOCOFOBIE. v. FOBIE

TOFIZOPAM (Tofisolina, Grandaxin(R)). Este primul derivat de 5 H-2,3-benzodiazepină sintetizat recent de către Körösi şi Láng. Are proprietăţi tranchilizante asemănătoare cu ale Diazepamului dar mai reduse. Se deosebeşte de derivaţii de benzodiazepină cunoscuţi printr-un uşor efect eutimizant, ocupînd astfel un loc intermediar între tranchilizante şi psihoenergizante. În acelaşi timp se deosebeşte de benzodiazepinele cunoscute pînă acum, prin faptul că nu determină somnolenţă sau somn şi nu are proprietăţi miorelaxante sau anticonvulsivante. În experienţele pe animale, s-a constatat chiar facilitarea acţiunii agenţilor convulsivanţi. Acţionează subcortical, la nivelul sistemului limbic (nucleii centrali amigdalieni), determinînd efectul anxiolitic şi, în acelaşi timp, înlătură tulburările vege-

Scanned with CamScanner

tative corelate cu starea de anxietate, fiind un armonizator psiho-vegetativ. Are o serie de acțiuni asupra organelor interne (de ex. crește forța de contracție a miocardului și consumul de oxigen). Determină în același timp vasodilatație coronariană. Este indicat în neuroze, stări anxioase, depresie neurotică și reactivă, neuroză somatogenă din miastenia gravă, tulburări de climacteriu. Poate fi asociat cu hipotensoare în tratamentul unor tulburări psihice care apar la bătrîni, pe un fond de arterioscleroză cerebrală sau encefalopatie vasculară. Poate fi prescris ca adjuvant în psihozele endogene. În general, face bolnavul mai accesibil pentru psihoterapie. *Efectele secundare* sînt mai reduse decît la alte tranchilizante. Totuși s-au descris unele reacții nedorite, constînd din senzație de oboseală, iritabilitate, tensiune emoțională, somn superficial, senzația de gură uscată, presiune epigastrică, constipație, reacții alergice. Poate pune în evidență o hipomanie latentă. Nu se asociază cu terapia electroconvulsivantă. În doze potrivite nu reduce capacitatea de muncă, capacitatea de concentrare, atenția și viteza reacțiilor reflexe. Nu s-au descris fenomene de toleranță și dependență. Preparatul Grandaxin(R) se administrează per os în doză de 25—100 mg pe zi. (5)

TOFRANIL. v. IMIPRAMINA

TOLPERISON (Mydeton(R), Mydocalm(R)) este un derivat de aminocetonă care are efecte miorelaxante, antiparkinsoniene și vasodilatatoare periferice. T. stimulează ușor activitatea psihică. Este indicat ca miorelaxant în stări de hipertonie ale musculaturii scheletice datorită unor afecțiuni neurologice. În psihiatrie, în cadrul electroșocurilor, T. este folosit profilactic pentru reducerea intensității convulsiilor și prevenirea fracturilor; de asemenea ca antiparkinsonian (în parkinsonismul postencefalitic, arteriosclerotic și pseudoparkinsonismul, care apare după neuroleptice). T. se poate utiliza în tulburările de irigație periferică, afecțiuni vasculare obliterante (arteriopatie diabetică, acrocianoză, tulburări de circulație posttrombotice). Efectele nervos centrale se explică prin acțiunea T. asupra formației reticulare și a centrilor hipotalamici. Mecanismul vasodilatator periferic este incomplet elucidat. Efectele secundare mai importante sînt senzația de arsură în ochi, gură uscată, senzație de slăbiciune, ameteli. Mydocalmul(R) conține 50 mg sau 150 mg substanță activă pe drajeu. Există și o soluție injectabilă în care, pe lîngă 100 mg Mydeton, se asociază 2,5 mg clorhidrat de lidocaină. Per os, la început, se administrează o doză redusă, care poate fi mărită treptat pînă la obținerea efectului tera-

Scanned with CamScanner

peutic (150—500 mg pe zi); parenteral, pe cale i.m., de 2 ori una fiolă pe zi, sau lent i.v., o fiolă pe zi. În afecțiunile arteriale periferice se injectează intraarterial, o dată pe zi, conținutul unei fiole, diluat în 10 ml soluție izotonică de clorură de Na. (5)

TOMOMANIE, sin. TONOMANIE. Este tendința patologică a unor bolnavi de a se supune unor intervenții chirurgicale inutile. T. se întîlnește la unii psihopați cu trăsături isterice unde această tendință îmbracă un aspect demonstrativ, dar mai cu seamă la bolnavi cu acuze cenestopate bine fixate apărute fie într-un context neurotic, fie în unul psihotic. Moor crede că T. poate fi uneori rezultatul prezenței ideilor delirante ipocondriace despre existența unor boli grave, incurabile, de care bolnavul nu crede că poate scăpa decît pe cale chirurgicală. (2, 7)

TOPOFOBIE. v. FOBIE

TORPILAJ. Procedeu terapeutic aplicat în crizele isterice majore, în special în formele cu astazie-abazie, pareze, parestezii, constînd în aplicarea unor curenți faradici în scopul întăririi terapiei sugestive. Regiunile de elecție pentru aplicarea torpilajului sînt membrele inferioare, superioare sau grupurile musculare „paralizate". Metoda mai este denumită și sugestie „activă". (2)

TORPOARE. Stare de indiferență, apatie, moleșeală însoțită de o inhibiție psihomotorie accentuată și uneori o ușoară obnubilare a stării de conștiință. Se întîlnește în psihozele toxiinfecțioase, în convalescența unor boli somatice grave, cu fenomene de epuizare a SNC. (2)

TOXICOFOBIE. v. FOBIE

TOXICOMANIE. Spre deosebire de obișnuință (v. OBIȘNUINȚA), în T. S. Cohen (1965) subliniază prezența unei dorințe imperioase (cu caracter constructiv) de a consuma drogul, alături de tendința vădită de a crește doza obișnuită. Starea de dependență fizică și psihică este întotdeauna prezentă; de asemenea și apariția sindromului de abstinență, în caz de întrerupere a consumului. În T. se pot observa întotdeauna efectele nocive ale drogului, atît pentru individ, cît și pentru societate (v. FARMACODEPENDENȚA). (7)

TOXOFOBIE. sin. TOXICOFOBIE. v. FOBIE

TOXOPLASMOZA. Agentul patogen este un parazit monocelular numit toxoplasma gondi, avînd ca gazdă naturală mamiferele și unele specii de păsări. Infestația la om este accidentală

Scanned with CamScanner

și de cele mai multe ori fără manifestări clinice. În cazul femeilor gravide, parazitul trece însă bariera foeto-placentară, provocînd leziuni cerebrale la făt, de tip encefalitic, uneori incompatibile cu viața (toxoplasmoza congenitală). Cînd infestația se face mai tîrziu, postnatal, leziunile au un caracter mult atenuat, însoțit sau nu de tulburări psihice de aspect variat și nespecific. T. congenitală realizează însă un tablou clinic cu manifestări somatice și psihice caracteristice. Boala a fost descrisă de Wolf și Cowen, în 1937. Somatic se notează frecvent modificări de formă ale craniului (hidrofalie, microfalie), semne neurologice: hipertonie, modificări de reflexe, crize convulsive. Ca semne patognomonice sînt considerate corioretinita pigmentară, cu sau fără cataractă, și calcificări intracerebrale. Psihic, T. congenitală realizează tabloul unei oligofrenii de intensitate variată. Examenul anatomopatologic evidențiază dilatări ventriculare și atrofii corticale; microscopic se observă leziuni de tipul granulomatozei chistice. Examenul LCR: lichid xantocromatic cu reacția Pandy pozitivă (albuminorahie crescută) și limfocitoză. T. poate fi pusă în evidență direct din LCR prin inoculare la cobai. O mare valoare diagnostică o are decelarea anticorpilor specifici din sîngele bolnavului. Evoluția este variabilă, prognosticul rezervat (în funcție de extinderea și localizarea leziunilor organice cerebrale). Tratamentul este paleativ. (2)

TRANCHILIZANTE (tranchilizante minore, anxiolitice, ataractice). Constituie un grup de medicamente psihotrope care determină o stare de liniștire psihică (sedare, tranchilizare; tranquillisant = liniștitor din lb. franceză), acționînd atît asupra indivizilor normali din punct de vedere psihic cît și la neurotici. Înlătură starea de anxietate (anxiolitice), starea de tensiune psihică și afectivă, reducînd de asemenea excitația psihică și reacțiile psihomotorii. Sub acțiunea T., se produce o stare de calm, echilibru afectiv și indiferență (v. ATARACTICE). Efectul lor liniștitor este mai redus decît al neurolepticelor (tranchilizante majore). Nu au acțiune antipsihotică sau această acțiune este redusă (v. HIDROXIZINA). Nu au acțiune deprimantă remarcabilă asupra SNC. Inițial erau considerate tranchilizante, medicamentele care în doze terapeutice nu produc somn, dar favorizează apariția somnului fiziologic. Există însă unii derivați care, pe lîngă efectul tranchilizant, au și acțiune hipnotică (v. BENZODIAZEPINE). T. se deosebesc de sedativele hipnotice deoarece acestea, în doze reduse, sînt sedative, apoi prin augmentarea dozei devin hipnotice sau chiar narcotice. T., în doze mari, pot produce în mod paradoxal fenomene de

Scanned with CamScanner

excitație ale SNC. De asemenea, T. se deosebesc de neuroleptice (tranchilizante majore), deoarece ele nu determină efecte secundare neurologice de tipul celor descrise în cadrul sindromului neuroleptic (parkinsonism medicamentos). T. pot produce efecte vegetativotrope, dar acestea sînt mult mai neînsemnate în comparație cu cele provocate de neuroleptice. Unele T. au acțiuni importante anticonvulsivante și miorelaxante centrale. De asemenea sînt înzestrate cu acțiune antihistaminică. T. potențează acțiunea narcoticelor, hipnoticelor și a alcoolului. Produc cu ușurință toxicomanie (farmacodependență), cu apariția sindromului de abstinență la întreruperea bruscă a administrării. Sînt indicate în tratamentul simptomatic al neurozelor, tulburări neurovegetative, afecțiuni ale unor organe, cu implicații psihoafective, insomnii, adjuvant în unele psihoze și în boli ca ulcerul, astmul, HTA. Unele se utilizează ca miorelaxante centrale sau antiepileptice. T. nu se vor administra în tratamentul ambulator la conducătorii de vehicule sau la persoane care exercită profesiuni ce necesită concentrarea atenției și promptitudinea reflexelor (munci în procese automatizate, munci de precizie, dispeceri etc.). Unele pot determina malformații congenitale. După structura lor chimică, T. se clasifică în: 1). *Derivați de alcooli alifatici* (Meprobamat, Tibamat); 2). *Derivați de benzodiazepină* (Bromazepam, Clorazepat, Clordiazepoxid, Diazepam, Flurazepam, Lorazepam, Medazepam, Nitrazepam, Oxazepam, Prazepam). 3). *Derivați de difenilmetan* (Benactizină, Captodiamină, Clorfenoxamină, Hidroxizină). 4). *Tranchilizante cu structură chimică diversă* (Benzoctamină, Oxanamidă). (5)

TRANCHILIZANTE MAJORE. v. NEUROLEPTICE

TRANILCIPROMINA. v. IMAO

TRANSFER. Termen psihanalitic prin care Freud desemna starea de atașament afectiv a bolnavului față de medic, izvorîtă din relația terapeutică analitică. Se numește de fapt „transfer afectiv". Această situație trebuie în timp rezolvată de psihiatru, pentru ca bolnavul să nu devină dependent de acesta. (4)

TRANSFORMARE, DELIR DE. v. DELIR

TRANSGRESIUNE. Este o stare de neliniște și neîncredere determinată de fenomene insolite, greu explicabile, pe care o încearcă unii indivizi (anxioși, obsedați etc.) sau unele colectivități primitive, în care caz T. îmbracă aspectul reprezentărilor general-colective. Moartea, suicidul, psihoza, accidentele, calamitățile naturale etc. sînt considerate, de populațiile primitive, ca T. și ca atare față de ele se manifestă teamă, suspiciune și se iau măsuri rituale, se consultă oracole etc. (4)

Scanned with CamScanner

TRANSEXUALISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ.

TRANZITIVISM. După Wernicke, prin T. se înțelege incapacitatea de a diferenția ceea ce aparține individului și ceea ce ține de ambianță, cu alte cuvinte o tulburare a capacității de delimitare a propriei persoane; după Heuyer, Ajuriaguerra, T. înseamnă trecerea propriilor trăiri la o altă persoană sau expunerea lor la persoana a III-a. (3)

TRANXÈNE. v. CLORAZEPAT

TRASEU EEG. Ansamblul activității bioelectrice cerebrale, înregistrat grafic, prin derivații multiple, în condiții standard sau cu activări diverse. Derivațiile corespund unui canal de amplificare și unei penițe de înregistrare grafică și în funcție de aparatură, traseul conține în general 4, 8, 12, 16, 32 canale. Pentru explorările clinice uzuale este necesar un aparat cu minimum 8 canale (v. și DERIVAȚIE EEG). (6)

TRAVESTISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ.

TRAUMATISME CRANIO-CEREBRALE. Tulburări psihice. Tr.cr.cr. reprezintă un cadru nozologic interdisciplinar, fiind un punct de convergență a cel puțin 3 specialități medicale: neurochirurgie, neurologie și psihiatrie, necesitatea intervenției diagnostice și terapeutice dintr-un punct de vedere sau altul, fiind dictată, în linii generale, de factorul cronologic în raport cu momentul producerii traumatismului, a tipurilor leziunilor ce se produc ca urmare a acestuia și implicit a simptomatologiei clinice, existînd de asemenea și eventualitatea necesității intervenției diagnostice și terapeutice concomitente. Din punct de vedere etiopatogenetic, diagnostic și terapeutic, este necesar a se face o distincție primordială între tulburările psihice din faza acută și cele din faza tardivă a traumatismelor craniocerebrale. 1). *Faza acută.* Manifestările patologice în această fază reprezintă consecința directă a acțiunii supramaximale a factorului traumatic, cu repercusiuni asupra funcțiilor cerebrale în general, iar în mod particular asupra oaselor craniene, a meningelui, a țesuturilor cerebrale (parenchim cerebral). Din punct de vedere clinic, alături de simptome de ordin medical general și neurologic, simptomatologia cardinală, pe plan psihic, este reprezentată de tulburările de conștiință ale traumatizatului, care se pot manifesta imediat după traumatism, după un interval liber, sau pot să reapară după remisia lor inițială; durata acestor tulburări psihice fiind variabilă, în funcție de o serie de factori, de la perioade scurte, de ordinul minutelor, pînă la ore, zile sau chiar săptămîni. Din punct de vedere al

Scanned with CamScanner

structurii psihopatologice, tulburările psihice reprezintă fie o modificare de claritate a conștiinței, respectiv de nivel, de la simpla obtuzie a conștiinței pînă la comă, fie o tulburare psihică mai complexă, psihotică, în genere de tip confuzional (v. CONFUZIE MINTALĂ). a). Tulburările de claritate a conștiinței, eșalonate, în funcție de profunzime, de la obtuzie, obnubilare, torpoare, pînă la comă, sînt în relații majore cu intensitatea și consecințele traumatismului, modificarea bruscă a conștiinței de tip comă, fiind expresia implicațiilor traumatismului, în special asupra trunchiului cerebral și mezodiencefalului. Instalarea modificărilor de claritate a conștiinței prezintă unele particularități generale, dar nu absolute, în funcție de anumite entități anatomo-clinice, dintre care se menționează doar cele principale și mai frecvente: *Colapsul cerebral,* consecință a pierderii de LCR (fisuri, fracturi osoase), a tulburărilor circulatorii, sau, la bătrîni, o scădere a producerii de lichid, ca urmare a sclerozării plexurilor coroide (v. LICHID CEFALORAHIDIAN), se poate manifesta prin tulburări de conștiință instalate cu sau fără un interval liber inițial. *Comoția cerebrală* reprezintă o tulburare dinamică trecătoare a funcțiilor cerebrale, ca urmare a acțiunii agentului traumatic; modificările de conștiință apar, de obicei, imediat după traumatism, cu durată de cîteva minute pînă la ore, manifestîndu-se clinic mai frecvent prin obtuzie sau obnubilarea conștiinței. *Contuzia cerebrală,* ce are ca substrat leziuni vasculare (hemoragice) și parenchimatoase (dilacerarea țesutului cerebral), cît și fenomene de edem cerebral; din punct de vedere clinic se manifestă îndeosebi prin tulburări de conștiință de tip comatos, instalate imediat după traumatism, durînd ore, zile sau chiar săptămîni. *Hematomul intracerebral,* mai frecvent cu localizare temporală sau frontală, se manifestă prin tulburări de claritate a conștiinței, care se pot instala brusc sau după un interval liber. *Hemoragia intraventriculară* (inundația ventriculară cerebrală) se manifestă prin comă profundă. b). Tulburări psihice de tip psihotic, din faza acută a tr.cr.cr., sînt după cum s-a menționat anterior, în general, de tip confuzional cu fenomene stuporoase sau onirice, modalitatea de debut fiind reprezentată fie de manifestarea lor ca atare imediat după traumatism, eventualitate mai rar întîlnită, sau mai frecvent apar ceva mai tîrziu, în speță după o perioadă inițială comatoasă, în momentul cînd bolnavul iese din comă. Amploarea clinică a tulburărilor de tip psihotic nu este obligatoriu a fi într-un raport concordant cu intensitatea traumatismului. În patogenia tulburărilor de tip

Scanned with CamScanner

psihotic din faza acută a tr.cr.cr., alături de tulburarea dinamicii funcţiilor cerebrale ca urmare a acţiunii agentului traumatic, se pare că „stressul emoţional", conjunctural, al producerii traumatismului, intervine de asemenea în determinarea acestui tip de tulburări psihice. Evoluţia tulburărilor psihice din faza acută a tr.cr.cr. depinde de factori diverşi, dar ea este în general favorabilă, respectiv benignă, cu excepţia cazurilor unde s-au produs leziuni cerebrale severe. În ceea ce privesc tulburările de claritate a conştiinţei, în cazul evoluţiei favorabile, conştiinţa este recîştigată progresiv, bolnavul putînd traversa o perioadă mai lungă sau mai scurtă de perplexitate, pînă la redobîndirea clarităţii normale a conştiinţei, ulterior putîndu-se manifesta o stare de astenie, cu tulburări dismnezice, care se ameliorează şi ele progresiv. Există însă posibilitatea ca în unele cazuri, tulburările de memorie să fie mult mai pronunţate, cel mai frecvent sub forma amneziei antero-retrograde (v. AMNEZIE), care poate persista chiar cîteva săptămîni, rezidual putîndu-se constata o lacună mnestică, ce corespunde fazei acute a traumatismului. O eventualitate mai rară este reprezentată de amneziile „sistematizate", în care bolnavul uită selectiv anumite categorii de cunoştinţe (de ex. o limbă străină, cunoştinţele profesionale) sau de amnezie globală, în care bolnavul îşi uită pînă şi propria identitate. În alte cazuri evoluţia tulburărilor psihice iniţiale se face în direcţia unui sindrom Korsakov, cu evoluţia subacută, în care simptomatologia majoră este reprezentată de următoarea triadă: amnezie de fixare, confabulaţie şi false recunoaşteri. Printre factorii de prognostic nefavorabili se menţionează cîteva condiţii preexistente traumatismului reprezentate de: etilismul cronic, epilepsie cît şi senilitate. Din punct de vedere terapeutic, tulburările de claritate a conştiinţei nu implică o terapie aparte, ele se ameliorează în caz de evoluţie favorabilă în contextul general al intervenţiei terapeutice iniţiale, care are caracter de urgenţă medico-chirurgicală, modalităţile de aplicare a terapiei fiind de tip neurochirurgical (evacuarea hematoamelor, ridicarea înfundărilor osoase şi eschilectomia, tratarea plăgilor), reechilibrarea hidroelectrolitică, combaterea complicaţiilor infecţioase etc., dar mai ales se impune totdeauna observarea suficientă în timp a bolnavului, atît din punct de vedere clinic cît şi a examinărilor paraclinice. În tulburările psihotice posttraumatice se recomandă utilizarea neurolepticelor, avînd în vedere efectul lor antipsihotic şi sedativ, cele mai accesibile fiind substanţele fenotiazinice (clordelazin, plegomazin, romtia-

Scanned with CamScanner

zin) sau butirofenonele (haloperidol, triperidol). Arseni și colab., atrag însă atenția că neurolepticele, prin influența lor asupra senzorialului, pot masca pe plan clinic apariția unor complicații. Evident fiind vorba frecvent de un bolnav confuz, se vor aplica și măsurile generale de asistență a acestei categorii de bolnavi (alimentație, igienă corporală etc.). Pe măsură ce conștiința revine la normal, într-un interval care, după cum s-a văzut, poate fi variabil, combinarea judicioasă a terapiei medicamentoase cu psihoterapia primește un rol de prim ordin. Într-o viziune dinamică este esențial să se rețină că perioada imediat următoare recîștigării conștiinței este deosebit de importantă, în sensul că o terapie bine condusă în această etapă creează premisele unei bune recuperări a bolnavului. Psihoterapia, judicios aplicată, în funcție de particularitățile personalității bolnavului anterioare traumatismului, cît și de starea psihică actuală, trebuie să asigure, printre altele, o autoevaluare din partea bolnavului, conformă cu realitatea, dar într-o viziune optimistă, fapt facilitat, în general, de starea de sugestibilitate crescută a acestor bolnavi, dar care are ca revers, o posibilă deschidere spre iatrogenie, mai ales prin atitudinea aparținătorilor bolnavului, avînd în vedere posibilele stări conflictuale, reprezentate de contextul circumstanțelor de producere a traumatismului, cît și a implicațiilor lor pe planuri diverse (medical, material, responsabilității etc.). Evident psihoterapia se aplică pe fundalul unui tratament medicamentos, în general simptomatic, prin utilizarea, la nevoie, a tranchilizantelor și a tonicelor (crelizin, lecitină, encephabol, vitamine, în special din grupul B). Consolidarea stării de sănătate, respectiv remisia tulburărilor psihice, în caz de evoluție favorabilă, necesită uneori chiar 12—18 luni. De aceea, recuperarea bolnavului necesită o asistență medicală variată, ca metode și modalități de aplicare, vizînd în principal reantrenarea bolnavului la profesiunea anterioară, schimbarea locului de muncă sau reorientarea profesională, iar dacă este cazul, încadrarea într-un grad de invaliditate corespunzător potențialului funcțional restant, raportat la solicitările profesionale. 2) *Faza tardivă.* Deși binecunoscută din punct de vedere clinic, patogenia acestor tulburări nu este elucidată pe deplin. Pentru majoritatea autorilor, elementul anatomic cel mai caracteristic este reprezentat de procesele de gliază, la care se asociază tulburări circulatorii, dereglări neurovegetative etc. Este absolut necesar să subliniem însă și importanța personalității anterioare traumatismului, în sensul existenței unor trăsături neurotice sau psi-

Scanned with CamScanner

hopatice, a imaturității afective etc., care pot interveni patoplastic în determinarea manifestărilor psihice tardive posttraumatice. Din punct de vedere clinic, aceste tulburări se pot manifesta în mai multe forme după cum urmează: *Stări deficitare posttraumatice.* Atributul de deficit se referă în special la capacitățile operaționale ale gîndirii, dar, în unele cazuri, se instalează tulburări mai ample care afectează și personalitatea bolnavului, concretizate clinic și prin alterarea comportamentului bolnavului. În această situație ne aflăm în fața unei demențe posttraumatice, pe care trebuie să o deosebim de simpla deterioare a capacităților operaționale a gîndirii, menționată anterior. *Epilepsia posttraumatică* se datorește proceselor cicatriciale cerebrale, fiind deci de natură simptomatică. Data apariției primelor crize se situează între 6 luni și un an după traumatism. În afara crizelor clinice, se poate asocia, din punct de vedere psihic, cu tulburări afective, în special vîscozitatea afectivă, cît și manifestări comportamentale impulsive. *Cerebrastenia posttraumatică,* cunoscută în literatura franceză și sub denumirea de „sindrom subiectiv comun al traumatizaților cerebrali", constă dintr-un complex de simptome clinice polimorfe, care se instalează îndeosebi după comoții cerebrale, de obicei la cîteva săptămîni de la faza acută, ameliorîndu-se în general în cîteva luni. Interpretarea determinării acestei entități clinice ține cont atît de aspectul simptomelor ce indică modificări microlezionale cerebrale cît și de simptomatologia funcțională, în care personalitatea premorbidă, cît și contextul general socio-profesional-familiar, joacă un rol în direcția amplificării sau diminuării consecințelor sindromului organic. De remarcat că intensitatea simptomatologiei clinice nu este în raport cu gravitatea stării clinice în faza acută, iar din punct de vedere evolutiv starea bolnavului se ameliorează de obicei în decurs de cîteva luni. Deși sindromul este denumit generic „subiectiv" există și o simptomatologie obiectivă, după cum se va vedea în cele ce urmează. Din punct de vedere subiectiv, simptomul cardinal este reprezentat de cefalee difuză, accentuată de efortul intelectual, lumină (îndeosebi scintilantă), zgomote, vibrații etc., la care se adaugă tulburări de somn de tipul insomniei cît și a coșmarurilor, senzație de vertij, de obicei fără rotirea obiectelor, iar, din punct de vedere afectiv, iritabilitate pe un fond de hiperemotivitate. Tabloul clinic se completează cu o stare de astenie, cît și tulburări de dinamică sexuală. Din punct de vedere obiectiv, examenul neurologic poate releva diverse tulburări discrete cum ar fi: hiper-

Scanned with CamScanner

reflexie osteotendinoasă, tulburări de forță musculară, modificări în sfera sensibilității superficiale sau profunde, semne cerebeloase etc. Examenul vestibular poate arăta semne de hiper sau hipoexcitabilitate vestibulară, iar cel cochlear (audiograma) poate indica surditate de intensitate diversă. Examenul fundului de ochi poate releva prezența unei hiper- sau hipotensiuni a arterei centrale a retinei. O literatură bogată s-a acumulat în domeniul anomaliilor electroencefalografice. Fără a intra în detalii de specialitate electroencefalografică, trebuie remarcat, de la început, că din punct de vedere semiologic există un polimorfism amplu al modificărilor înregistrate, dar problema cea mai importantă este aceea a interpretării semnificației lor, în cazul concret al bolnavului, lucru care se poate realiza numai prin interpretarea anomaliilor EEG în lumina tabloului clinic cît și a celorlalte explorări care s-au menționat. Unul din aspectele EEG frecvent întîlnite este acela de disfuncție bioelectrică, prin intricarea ritmului alfa cu unde lente, în special theta. Există și posibilitatea înregistrării unor anomalii de tip iritativ sau chiar existența unor modificări „în focar". Pneumoencefalografia poate indica diverse grade de atrofie cerebrală, care se traduc prin imagini de dilatare ventriculară. Examinările psihometrice, efectuate prin aplicarea unor teste psihologice, pot indica epuizarea rapidă a capacităților operaționale ale gîndirii sau indică existența unei stări de deteriorare intelectuală. După cum s-a menționat evoluția este de obicei favorabilă, simptomatologia estompîndu-se progresiv în decurs de cîteva luni. Referitor la evoluție, mai trebuie adăugat faptul că, personalitatea anterioară traumatismului își lasă amprenta asupra evoluției, că în cazul persoanelor în vîrstă, simptomatologia poate trena, dar poate faptul, cel mai demn de luat în considerare, este posibilitatea intricării tabloului clinic cu simptome de sinistroză, fapt ce reprezintă un element de prognostic mai rezervat. De asemenea, datorită toleranței scăzute la alcool a acestor bolnavi, consumul băuturilor alcoolice, sub orice formă, este categoric interzis, alcoolismul reprezentînd un factor de agravare a simptomatologiei. *Neurozele posttraumatice.* Cristalizarea unor tulburări psihice în limitele unei neuroze, în faza tardivă a traumatismelor craniene, este o eventualitate care se poate concretiza fie în sensul constituirii unei neuroze actuale, fie în sensul reactivării unei suferințe neurotice anterioare traumatismului. În esență, simptomatologia acestor neuroze nu diferă cu nimic de cea a neurozelor, singurul fapt nou fiind acela al instalării sau reactivării

Scanned with CamScanner

lor după un traumatism cranio-cerebral (v. NEUROZE). În comparaţie cu cerebrastenia posttraumatică, suferinţa psihică a bolnavului este preponderentă în trăirile subiective ale acestuia, simptomele obiective ocupînd un loc mai puţin important, iar în lipsa unui tratament adecvat evoluţia este trenantă. De asemenea tabloul neurozelor posttraumatice se poate intrica cu simptome de sinistroză, fapt ce se repercută nefavorabil în evoluţie. *Starea psihopoidă posttraumatică.* În această eventualitate, tulburarea esenţială este reprezentată de modificările care se produc în personalitatea bolnavului şi care se concretizează, din punct de vedere clinic, printr-o scădere a capacităţii de autocritică şi autocontrol, de unde derivă o serie de tulburări de comportament, ce pot fi, eventual, exacerbate şi de consumul de alcool. *Sinistroza* este reprezentată de o stare mintală particulară, în care bolnavul exagerează suferinţa sa. Caracterul particular al acestei stări rezidă în faptul că nu este vorba de o simulaţie conştientă, bolnavul îşi supralicitează suferinţa şi prezintă o serie de manifestări revendicatorii, care în timp duc la autosugestionarea acestuia, fapt ce poate fi favorizat şi de un comportament necorespunzător al anturajului, care, prin atitudinea adoptată, favorizează întreţinerea acestui cerc vicios. După cum am văzut sinistroza poate completa tabloul clinic al neurozelor posttraumatice sau a sindromului subiectiv comun şi ea trebuie deosebită de adevărata simulaţie, în care bolnavul, ca urmare a unui calcul deliberat, îşi supralicitează suferinţa, în scopul obţinerii unor avantaje (concediu medical, pensie, daune etc). *Tratamentul* tulburărilor psihice în faza tardivă a tr.cr.cr. trebuie considerat în raport cu complexitatea problemelor pe care le ridică această categorie de bolnavi, necesitînd în funcţie de natura tabloului clinic, realizarea unei combinări juste a mijloacelor psihoterapeutice şi ergoterapeutice cu cele de terapie medicamentoasă, care, împreună cu măsurile de reabilitare, pot duce la restabilirea stării de sănătate a bolnavului. În ceea ce priveşte cazurile, unde se constituie una din entităţile clinice menţionate în cadrul tulburărilor psihice din faza tardivă, ierarhizarea mijloacelor terapeutice este în funcţie de tipul acestor tulburări. Astfel, cerebrastenia posttraumatică şi neurozele posttraumatice, vor fi tratate după principiile terapeutice menţionate la capitolul neuroze, iar stările deficitare, în concordanţă cu cele descrise la capitolul demenţe (v. NEUROZE şi DEMENŢE). Epilepsia posttraumatică beneficiază de tratament antiepileptic. Consolidarea stării de sănătate în cazul unui tr.cr.cr. poate să dureze chiar 12—18 luni,

Scanned with CamScanner

astfel încît numai după o analiză minuțioasă, ținînd cont și de acest fapt, putem încadra bolnavul în unele forme tardive de suferință psihică. Modelul examinărilor paraclinice expus, la cerebrastenia posttraumatică, alături de examinările clinice ce urmăresc dinamica evolutivă, reprezintă calea prin care putem efectua o evaluare a stării de sănătate a bolnavului, metodologie care este urmată dealtfel, atît în cazul expertizei capacității de muncă cît și a celei medico-judiciare. (6)

TRAUMATOFOBIE. v. FOBIE

TREDECAFOBIE. v. FOBIE

TREMOFOBIE. v. FOBIE

TRIADA DEPRESIVĂ. Caracteristică sindromului depresiv, se referă la tripiedul clasic, alcătuit din dispoziția modificată în sensul tristeții și al anxietății din inhibiția gîndirii și încetinirea proceselor intelectuale în general și din inhibiția psihomotorie. (3).

TRIADA MANIACALĂ. Formulă semiologică particulară întîlnită în sindroamele de excitație psihomotorie de tip maniacal. Constă din exaltarea afectivității (hipertimie pozitivă, predominant euforică), a ideației (bogăția fluxului gîndirii, conjugată cu ritmul rapid) și a activității (hiperactivitate pînă la agitație motorie). (3)

TRIAVIL(R) este denumirea unui preparat tipizat cu însușiri tranchilizante și antidepresive, care rezultă în urma asocierii în diferite proporții a perfenazinei și a amitriptilinei. Se utilizează în cazurile de anxietate, însoțite de depresie. Se vor respecta contraindicațiile fiecărui component. (5)

TRIBADISM. Formă de homosexualitate feminină (v. PERVERSIUNI SEXUALE)

TRICOFOBIE. v. FOBIE

TRICOTILOMANIE. v. AUTODEPILARE

TRIFLUOROMETILPERFENAZINA (Trifluometilperfenazina, Flufenazina, Anatensol(R), Dupotum(R), Lyogen(R), Mirenil(R), Modecate(R), Moditen(R), Permitil(R), Prolixin(R)) este un derivat halogenat piperazinic de fenotiazină, fiind un neuroleptic incisiv, cu acțiune antipsihotică puternică, mult superioară față de clorpromazină (de 25 ori). Are efecte sedative și hipnotice neînsemnate, în schimb posedă proprietăți anxiolitice și psihostimulente. Are de asemenea însușiri antiemetizante remarcabile. Acțiunea sa terapeutică se instalează rapid. Flufenazina este indicată în toate formele de schizofrenie (mai ales în cea simplă, catatonică și paranoidă), manie, confuzie mintală, depresie de involuție, stări anxioase, stări de tensiune psihică, neuroze,

Scanned with CamScanner

stări neurasteniforme, asociate unor suferințe organice (ulcer gastroduodenal, sindrom de menopauză). Efectul anxiolitic este evident în cazurile care nu prezintă depresie, de exemplu în stările de anxietate generate de unele condiții sau stressuri legate de profesia sau dificultățile domestice ale pacientului. Datorită lipsei efectelor sedative se poate utiliza în cure ambulatorii la bolnavii care lucrează. Flufenazina produce frecvent fenomene extrapiramidale și insomnie. Celelalte *fenomene secundare* și *contraindicațiile* sînt comune cu ale altor derivați fenotiazinici. Nu se administrează în insuficiența hepatică sau renală, afecțiuni cardiace grave, feocromocitom, la copii sub 12 ani și la gravide. Se utilizează cu prudență la arteriosclerotici și la bolnavi cu antecedente covulsivante. În cursul tratamentului este interzis consumul alcoolului. Potențează mai puțin acțiunea altor deprimante ale SNC (barbiturice, narcotice) decît ceilalți derivați fenotiazinici. *Preparate. Posologie.* Produsul *Lyogen*(R) se prezintă sub mai multe forme farmaceutice: 1). Comprimate care conțin 0,25; 1 sau 4 mg diclorhidrat de flufenazină; 2). Soluție buvabilă, care conține diclohidrat de flufenazina, 0,25 mg și 1 mg/8 pic.; 3). Fiole care pe 1 ml conțin 1 mg diclorhidrat de flufenazină. Flufenazina se administrează per os 3—6 mg pe zi în psihozele enumerate mai sus. Dozele pot fi mărite treptat pînă la maximum 40 mg pe zi. După obținerea efectului terapeutic se stabilește, prin tatonare, doza de întreținere (2—3 mg/zi). În caz de urgență, tratamentul se poate aplica la început sub formă de inj. i.m. În nevroze se administrează per os 1—2 mg pe zi. Pentru prevenirea efectelor secundare de tip parkinsoniform sau insomniei se pot asocia antiparkinsoniene și neuroleptice sedative (Tioridazina). Există preparate de flufenazină cu acțiune prelungită. Astfel sînt: Lyogen retard(R), drajeuri (3 sau 6 mg diclorhidrat de flufenazină). Acțiunea unei doze durează 6—8 ore. În aceste condiții, fenomenele secundare apar mai rar și sînt mai puțin pronunțate decît după aplicarea formelor cu absorbție rapidă. Acest preparat se administrează în tratamentul schizofreniei cronice. În același scop s-au realizat forme de depozit sau retard de flufenazină. Acestea conțin flufenazină sub formă de esteri (decanoat și enantat), din care substanța activă se eliberează lent la nivelul țesuturilor și pătrunde în circulație. Astfel sînt: Enantatul de flufenazină (Anatensol enanthate(R), Dapotum(R), Moditen enanthate(R), Prolixin enanthate(R) (25 mg/ml); Decanoatul de flufenazină (Lyogen dépôt(R), Mirenil retard(R), Modecate(R), Moditen dépôt(R), Prolixin decanoate(R)

Scanned with CamScanner

(25 mg/ml). Preparatele menționate se administrează i.m. (profund) în doză de 12,5—25 mg o dată, la 10—21 zile, în schizofrenie cronică. (5)

TRIFLUOPERAZINA (Trifluoperazin(+), Stelazine(R)). Este un neuroleptic fenotiazinic piperazinic, care conține în poziția 3 radicalul trifluorometil. Datorită acestor modificări de structură, acțiunea sa neuroleptică este superioară față de cea a clorpromazinei. De asemenea efectul său antiemetizant este mai puternic. Proprietățile sale adrenolitice, colinolitice și antihistaminice sînt însă mai reduse decît în cazul clorpromazinei. Se deosebește de acesta și printr-un efect dinamogen asupra psihicului. Acțiunile sale sînt durabile. T. este indicată în aceleași cazuri ca și clorpromazina. Eficacitatea sa s-a dovedit, mai ales, în schizofrenia paranoidă acută și cronică și schizofreniile anergice, avînd efecte favorabile asupra simptomatologiei de tip apato-abulic și halucinator-delirant. T. se mai poate utiliza în psihoza maniaco-depresivă, psihoza de involuție, psihoze toxice, sindroame psihotice, însoțind afecțiuni cerebrale organice, tulburări de comportament la oligofreni, tulburări emoționale la copii, neuroze (mai ales în forme în care există stare de anxietate, agitație, tensiune psihică, apatie), tulburări pseudoneurotice și stări anxioase determinate de unele afecțiuni somatice, vărsături de origine centrală, cefalee și migrene. *Efectele secundare* sînt similare cu cele determinate de clorpromazină. Tulburările extrapiramidale apar mai frecvent și sînt intense, putînd avea forma unui sindrom hiperkinetic-diston sau a unui sindrom akinetik-hiperton, mai rar apare tasikinezia. Uneori produce insomnie, mai rar fatigabilitate și somnolență. Efectul său antiemetic poate masca voma simptomatică (din cadrul abdomenului acut, a intoxicațiilor sau a tumorilor cerebrale). Datorită hepatitei toxice, agranulocitozei, trombocitopeniei, pancitopeniei și anemiei, care pot apărea uneori chiar la doze uzuale, se impune controlul periodic al funcției hepatice și examenul hematologic, în cursul tratamentului. De asemenea, existînd pericolul apariției retinopatiei, se impune controlul oftalmologic. *Contraindicațiile* sînt similare cu cele descrise la clorpromazină. Nu se prescrie la gravide. Se va administra cu prudență la bolnavii cu angină pectorală (crește percepția durerii datorită efectului stimulent al T. asupra activității psihice; în astfel de cazuri se întrerupe tratamentul). Se va evita în boli cardiovasculare datorită efectului hipotensiv (atenție în cazul dozelor mari și a administrării parenterale). Se va întrerupe tratamentul la bolnavii la care apar mo-

Scanned with CamScanner

dificări retiniene. Se va evita asocierea T. cu medicamente deprimante ale SNC (sedative, hipnotice, narcotice, tranchilizante, alcool), deoarece se potențează efectul depresiv. Utilizarea îndelungată, datorită efectului cumulativ al medicamentului, poate produce apariția unor fenomene de supradozaj. Preparatul Trifluoperazin(+) conține, pe un drajeu, 5,9 mg clorhidrat de T., care corespund la 5 mg substanță activă sub formă de bază; iar pe fiolă, clorhidrat de T. echivalent cu 2 mg bază; în psihoze se administrează per os, inițial 5 mg, apoi doza se mărește treptat pînă la 10—30 mg pe zi (maximum 30 mg pe zi, FR. IX). În cazurile agitate, se administrează .1—2 mg i.m. Doza se poarte repeta după 4—6 ore, pînă la 6 mg pe zi. Imediat ce situația permite, se trece la administrarea per os a medicamentului. În neuroze se administrează per os, 2—5 mg pe zi (maximum 10 mg pe zi). Fenomenele extrapiramidale se combat prin antiparkinsoniene. (5).

TRIFLUOPERIDOL (Triperidol(R), Trisedyl(R)) este un derivat butirofenonic care se deosebește structural de haloperidol prin prezența unei grupări trifluorometil în locul clorului. Este un neuroleptic puternic, cu acțiune antipsihotică superioară față de clorpromazină (de 200 ori) și haloperidol (de 20 ori). Are acțiune mai rapidă și mai intensă decît trifluoperazina (Stelazin(R)). Este înzestrat cu proprietăți sedative evidente în caz de agitație psihomotorie. Are și efecte antiemetizante remarcabile. T. este indicat în schizofrenie acută, manie, deliruri acute, confuzii mintale, tulburări de comportament la epileptici și oligofreni, și de asemenea, pentru potențarea narcozei sau în vărsături incoercibile. *Efectele secundare și contraindicațiile* sînt similare cu ale haloperidolului. T. poate produce fenomene neurologice extrapiramidale puternice, mai ales după supradozare (parkinsonism, akatizie, tasikinezie, crampe musculare). Nu se administrează în isterie. Preparatul Triperidol(R) este condiționat sub formă de fiole, care conțin 2,5 mg (1 ml), și soluție pentru uz intern (1 ml = 20 pic. = 1 mg), în care pe picătură se află 0,05 mg T. Preparatul Trisedyl(R) este similar. În afară de formele farmaceutice menționate, acesta se mai găsește și sub formă de comprimate, care conțin 0,5 mg substanță activă. T. se administrează per os, în doze progresiv crescînde, după toleranța bolnavului, începînd cu 0,25 mg de 2 ori pe zi (de ex. de 2 ori 5 pic.), pînă la 1,5—2,5 mg pe zi (maximum 6 mg pe zi, fracționat). Doza de întreținere variază între 0,5—1,8 mg pe zi. Medicamentul se ia înainte de mîncare, diluat în apă, lapte, sucuri de fructe etc. În cazurile acute cu agitație

Scanned with CamScanner

sau cînd nu se poate administra per os se vor aplica parenteral (i.m.) 0,5—2,5 mg. Această doză poate fi repetată de 1—2 ori pe zi. T. se poate asocia cu antiparkinsoniene și miorelaxante. Se utilizează cu prudență în cazurile tratate cu alte deprimante ale SNC (barbiturice, opiacee) al căror efect poate fi potențat. (5)

TRIHALGIE. Durerea acuzată de bolnav la nivelul părului; T. apare în isterie, neuroză anxioasă, psihalgezie. (7)

TRIHEXIFENIDIL (Romparkin(+), Aparkan(R), Artane(R), Benzhexol(R), Parkane(R), Parkopan(R)) este un derivat piperidinic de alcool terțiar cu proprietăți antiparkinsoniene, acționînd în special printr-un mecanism M-colinolitic central. Este eficace, fiind indicat în toate formele de parkinsonism (postencefalitic, arteriosclerotic, idiopatic), inclusiv în tulburările extrapiramidale determinate de neuroleptice. Influențează favorabil rigiditatea și tremurăturile, precum și akatisia, diskineziile, hipersalivația și tulburările de mers. În afară de parkinsonism se poate utiliza în coreea acută și cronică, ataxia cerebrală, torticolisul spasmodic, kinetoze. *Efectele secundare* pe care le poate determina, sînt de tip M-colinolitic (uscăciunea gurii, constipație, retenție urinară, tahicardie, midriază, tulburări de vedere, creșterea presiunii intraoculare, somnolență sau neliniște), dar mai puțin frecvente decît în cazul alcaloizilor de belladonna. De asemenea pot apărea cefalee, vîjîituri în urechi, hiperexcitabilitate nervoasă, iar dozele mari pot determina uneori tulburări de comportament, sindrom confuziv, halucinații etc. La aterosclerotici, aceste tulburări psihice se pot produce chiar la doze mici. Poate precipita atacul glaucomatos. Utilizarea sa îndelungată determină toleranță. Este *contraindicat* în caz de epilepsie, glaucom, atonie intestinală și a vezicii urinare, stenoze ale tubului digestiv, hipertrofie de prostată, tulburări de ritm cardiac. Se utilizează cu prudență la cardiovasculari, în caz de afecțiuni renale, hepatice și la persoanele în vîrstă. Preparatul Romparkin(+) conține 2 mg T., sub formă de clorhidrat pe comprimat. Tratamentul se individualizează. La început se administrează 1 mg apoi dozele pot fi mărite treptat pînă la 2—6 mg pe zi, în funcție de toleranța bolnavului. Pentru prevenirea tulburărilor extrapiramidale, determinate de neuroleptice, doza trebuie tatonată (poate ajunge pînă la 5—15 mg pe zi). În parkinsonismul postencefalitic se pot administra chiar 15—20 mg pe zi. Doza zilnică se fracționează în mai multe prize și se ia în timpul sau după mîncare, cu multă apă. (5)

Scanned with CamScanner

TRILAFON v. PERFENAZINA

TRIMEPRIMINA. v. TRIMIPRAMINA

TRIMETOZIN (Sedoxazin(R), Trioxazine(R)), derivat de trimetoxibenzoilmorfolină, cu proprietăţi tranchilizante. Este indicat în neuroze, afecţiuni organice însoţite de tensiune nervoasă sau emoţională şi anxietate, tulburări de comportament la copii, stress ocupaţional; impotenţă psihogenă, ejaculare precoce. În doze terapeutice nu influenţează activitatea psihică normală, nu modifică reflexele (mono- sau polisinaptice). Nu are proprietăţi miorelaxante. Preparatul Trioxazine(R) conţine pe comprimat 300 mg substanţă activă. Se administrează 2—6 comprimate pe zi. (5)

TRIMIPRAMINA (Trimeprimina, Herphonal(R), Sapilent(R), Surmontil(R)) este o substanţă antidepresivă, înrudită, din punct de vedere chimic, cu imipramina şi levomepromazina, motiv pentru care are atît proprietăţi timoleptice cît şi efecte anxiolitice şi sedative. Este indicată în melancolie, depresii asociate cu afecţiuni organice, tulburări de comportament, labilitate afectivă, surmenaj intelectual. Este în general bine tolerată. *Contraindicaţiile* sînt comune cu ale imipraminei şi levomepromazinei. Nu se asociază cu IMAO. Este interzis consumul de alcool în timpul tratamentului. Se va utiliza cu prudenţă în melancolie, deoarece, sub acţiunea medicamentului, diminuă inhibiţia şi bolnavul poate să-şi pună în practică tendinţa de suicid. Produsul Sapilent(R) se prezintă sub formă de drajeuri, de 25 sau 100 mg, şi fiole, care conţin 25 mg trimipramină. În condiţii de spitalizare, în formele acute ale psihozelor, se administrează iniţial 50—100 mg pe zi i.m. (în 2—4 inj). În aceleaşi condiţii se poate administra per os, la început în doze de 75—100 mg pe zi (în 2—3 prize). În cazurile grave, dozele pot fi mărite pînă la 300 mg pe zi. Dozele de întreţinere pot fi cuprinse între 25—50—100 mg. În tratamentul ambulator, se va administra exclusiv per os, 25—75 mg (divizat în 2—3 prize pe zi). Surmontilul(R) este un produs similar (comprimate, fiole condiţionate ca şi Sapilentul(R) şi soluţie buvabilă 4%). Herphonalul(R) este condiţionat sub formă de drajeuri (25 mg). (5)

TRINAZIN. v. PERFENAZINA

L-TRIPTOFAN şi L-hidroxitriptofan care sînt precursorii metabolici ai serotoninei (5-hidroxitriptamină, 5-HT). s-au dovedit eficace în tratamentul unor forme de depresie. Administrarea lor tinde să refacă concentraţia acestei monoamine cerebrale, care se presupune că este diminuată în depresie. Optimax(R) este un preparat tipizat, care conţine asociat L-Triptofan,

Scanned with CamScanner

piridoxină și acid ascorbic. Este recent aplicat în terapeutică; rezultatele sînt în curs de evaluare. (5)

TRISCAIDECAFOBIE. v. FOBIE

TRISEDYL. v. TRIFLUOPERIDOL

TROMBOFLEBITA CEREBRALĂ. Tromboflebitele venelor sau sinusurilor venoase cerebrale pot provoca tulburări psihice grave, de obicei de tip confuzional. *Etiologia* lor este diferită: infecții de vecinătate sau la distanță, hemoconcentrație și tulburări de coagulare (în sensul creșterii acesteia) stază cerebrală, datorată împiedicării circulației de reîntoarcere. O importanță deosebită pentru psihiatrie o au tromboflebitele cerebrale care apar în legătură cu infecțiile puerperale și care realizează tablouri clinice dramatice, caracterizate printr-o confuzie mintală accentuată și semne neurologice de focar, pe lîngă simptomele generale ale unei infecții severe. *Diagnosticul* este dificil, avînd în vedere că tabloul este dominat de o simptomatologie infecțioasă și de tulburări psihice variate, care pot masca simptomele proprii T.C., și așa destul de necaracteristice. Totuși se va avea în vedere posibilitatea unei T.C. în orice infecție puerperală în care, pe lîngă fenomenele psihice de tip confuzional, există și semne neurologice de focar. *Tratament.* Este bine ca în toate infecțiile puerperale să se aplice măsuri profilactice prin administrarea de anticoagulante (heparină, dicumarol), paralel cu tratamentul antiinfecțios. În tromboflebitele constituite, tratamentul va viza combaterea infecției prin anticoagulante sub supravegherea permanentă a T.Q., prevenirea sau combaterea edemului cerebral prin soluții hipotonice (ser glucozat etc), precum și de corticoizi (ACTH supercortil), care au atît o acțiune antiedematoasă cît și antiinflamatoare. Pentru tulburările psihice se vor folosi psihotrope, în funcție de natura și intensitatea acestora. (v. și PSIHOZA PUERPERALĂ). (2)

TRUXAL. v. CLORPROTIXEN

TUBERCULOFOBIE. v. FOBIE

TUMORI CEREBRALE. *Tulburări psihice.* Tulburările psihice în T.C., cel mai frecvent, completează un tablou clinic care este dominat de o simptomatologie de ordin neurologic și care, coroborată cu examinările paraclinice (în principal: arteriografie cerebrală, EEG, examen fund ochi, PEG-fracționată, scintigrafia cerebrală, USEG, ventriculografie cerebrală), conduc la formularea diagnosticului de proces neoformativ („înlocuitor de spațiu") intracerebral, precizînd totodată și localizarea anatomică. Există însă posibilitatea ca, cel puțin în faza inițială a dezvoltării procesului neoformativ, în relație și cu se-

Scanned with CamScanner

diul tumorii, uneori, tulburările psihice, eventual temporar, să domine tabloul clinic sau chiar să reprezinte unica manifestare patologică. Sistematizarea tulburărilor psihice în T.C. se poate face după mai multe criterii: 1). Criteriul evolutiv. Tulburări psihice paroxistice, permanente sau tranzitorii. 2). Criteriul semiologic psihopatologic: a). tulburări de activitate (inerție în acțiuni, apatie, aspontaneitate); b). tulburări afective (euforie, depresie, manie, moria); c). tulburări de conștiință (obnubilare, comă, confuzie mintală, stare de vis, stupoare, torpoare, inclusiv tulburări de tip automatism psihomotor); d). tulburări intelectuale (amnezie, capacitate de sinteză diminuată, hipoprosexie); e). tulburări de percepție (iluzii, halucinații, halucinoză, metamorfopsii, tulburări de schemă corporală); f). tulburări de vorbire (afazie, de diverse tipuri, disartrie, mutism akinetic, asociate eventual cu tulburări praxice și gnozice); g). tulburări de somn (hipersomnie). 3). Criteriul sindromului psihopatologic. În principal dă următoarele tipuri: a). sindrom de automatism psiho-motor; b). sindrom confuzional sau comatos; c). sindrom demențial; d). sindrom depresiv; e). sindrom maniacal (excitația psiho-motorie); f). sindrom neurotic, în special de tip neuroasteniform sau isteroid; g). S. psihotic, mai frecvent de tip Korsakov sau pseudoschizofren, în special hebefreno-catatonic. 4). Criteriul localizării anatomice a procesului neoformativ cerebral, cu simptomatologie clinică determinată în special de particularitățile funcționale neurofiziologice a zonei cerebrale respective. Valoarea acestui criteriu este mai mare, putînd furniza și indici clinici de localizare cerebrală, mai ales cînd tulburările psihice sînt asociate cu anumite semne neurologice particulare. În continuare, se prezintă sintetic tulburările psihice sistematizate după criteriul topografic cerebral: *Tumori diencefalice.* Tulburările psihice cele mai caracteristice sînt reprezentate de sindromul confuzional, alteori, prin hipersomnie și în acest caz dacă se reușește trezirea bolnavului, el este dezorientat temporo-spațial. În acest cadru apare și mutismul akinetic sau, mai rar, halucinoza pedunculară, respectiv manifestări halucinatorii, asupra cărora bolnavul păstrează o atitudine critică corectă; dar halucinoza se poate asocia și cu obnubilarea conștiinței, rezultînd un tablou clinic asemănător onirismului. *Tumori de lob frontal.* Tulburări afective, euforie și exaltări afective, în contrast cu starea fizică proastă a bolnavului; moria, respectiv manifestări puerile, farse, persiflări, pe un fond general euforic; fenomene de iritabilitate; fenomene depresive, mai rare. Tulburări de activitate, ca inerție, apatie,

Scanned with CamScanner

absența spontaneității mișcărilor active; tulburări intelectuale de la amnezie de fixare pînă la dezorientare temporo-spațială, sindrom Korsakov, fatigabilitate intelectuală, diminuarea capacităților de sinteză a gîndirii, care, în forma cea mai exprimată se definește ca sindrom demențial. Aproximativ 70% din tumorile frontale, în faza de stare, sînt asociate cu tulburări psihice. *Tumori de lob occipital:* halucinații vizuale, metamorfopsii, tulburări mnestice de fixare, amnezie continuă, cu pierderea memoriei topografice. *Tumori de lob parietal:* tulburări permanente în sfera intelectuală, de tip dismnezic, capacitate de concentrare intelectuală deficitară, tulburări de schemă corporală (asomatognozie), halucinații kinestezice, autotopoagnozie. *Tumori talamice:* se pot prezenta cu o simptomatologie psihică univocă, în lipsa semnelor de hipertensiune intracraniană sau, din contră, se pot manifesta printr-un sindrom demențial. *Tumori de lob temporal:* tulburări psihice permanente (iritabilitate, senzații vagi de maleză cenestezică, modificări ale caracterului, care anterior era echilibrat; afazie în localizările din lobul temporal stîng); — tulburări psihice paroxistice (manifestări psihosenzoriale ca: halucinații vizuale, în general complexe, halucinații auditive, halucinații olfactive și gustative); *tulburări de conștiință* stare de vis (v. EPILEPSIE, tulburări psihice), automatisme ambulatorii, criza uncinată (v. UNCINAT, CRIZA)); tulburări de tip euforic sau anxios. *Tumori de fosă posterioară* Frecvent dau un sindrom de hipertensiune intracraniană, iar tulburările psihice constau în accese depresive sau stări maniacale. În localizările subtentoriale, tulburările de conștiință sînt adeseori prezente. Nu putem încheia această încercare de sinteză a tulburărilor psihice, fără a atrage încă o dată atenția că în funcție de localizare există și o anumită simptomatologie de ordin neurologic. În esență, *tratamentul* tumorilor cerebrale constă în extirparea lor prin intervenție neurochirurgicală, rezultatele depinzînd, printre altele, de diagnosticul precoce și de tipul histologic al tumorii. Radioterapia postoperatorie dă rezultate favorabile în tipurile histologice de tumori care sînt radiosensibile. (6)

TURICEFALIE. Malformații congenitale ale craniului, care are formă de turn, datorată unor factori externi și fără caracter familial. (2)

TUSAN v. NARCOTINA

Scanned with CamScanner

ULULAȚIE. Tulburare de vorbire manifestată printr-o gravă dizartrie, din cauza căreia cuvintele nu mai sînt înțelese. U. apare în anumite psihoze grave, precum și în perioadele de decompensare a isteriei (P. Marchais). (7)

UMILINȚĂ, DELIR DE v. DELIR

ULTRASONOENCEFALOGRAFIE. Metode de explorare a sistemului nervos central, ce are ca fundament proprietatea ultrasunetelor de a traversa materia (în cazul nostru extremitatea cefalică) și de a fi reflectate de planurile care delimitează medii de densitate diferită, cît și determinarea distanței acestor planuri în raport cu punctul de emisie al ultrasunetelor. *Indicațiile* principale sînt reprezentate de tumorile cerebrale, colecții septice sau chisturi parazitare, traumatisme craniene, în patologia vasculară cerebrală (hemoragii, hematoame). (6)

UNCINATĂ, CRIZĂ. Criza uncinată este definită în esență de existența unei tulburări particulare de conștiință de tipul stării de vis cu fenomene de *déjà vu, Jamais vu,* asociată cu tulburări de percepție de tip halucinator (olfactive, gustative) și tulburări de tip psihomotor (automatisme gestuale), ce survin în cadrul leziunilor la nivelul uncusului hipocampului. Uneori criza uncinată poate preceda o criză generalizată tonico-clonică (v. și EPILEPSIE, manifestări psihice critice). (6)

URANISM, sin. HOMOSEXUALITATE, v. PERVERSIUNI SEXUALE, INVERSIUNE SEXUALĂ.

URMĂRIRE, DELIR DE v. DELIR

UROFOBIE. v. FOBIE

UROLOGNIE. v. PERVERSIUNI SEXUALE

UROSMIE. Perversiune care constă în plăcerea mirosirii urinii. Întîlnită mai frecvent la perverșii sexuali. (4)

UTEROMANIE, v. NIMFOMANIE

Scanned with CamScanner

UXORICID. Este homicidul realizat de soț asupra soției (cel mai frecvent). Motivația, în majoritatea cazurilor, este delirantă sau alteori U. se realizează sub imperiul unei stări afective particulare la subiecții geloși (în scop de răzbunare). În alte cazuri, este apanajul melancolicilor anxioși sau paranoicilor, care își ucid partenerul din „altruism", pentru a-l feri de necazurile și mizeriile unei vieți pe care ei o „văd" penibilă. U. altruist este dublat de regulă cu sinuciderea. Mai frecvent, U. se prezintă ca o primă etapă a suicidului în doi, caracteristic deliranților pasionali. (4)

Scanned with CamScanner

VAGABONDAJ. Tulburare de comportament, caracterizată printr-o existență fără un domiciliu stabil, fără o profesie. V. se întîlnește la psihopați, toxicomani; uneori mai poate apare la debili mintali, în schizofrenie, epilepsie. (7)

VACCINOFOBIE. v. FOBIE

VALIUM(R). v. DIAZEPAM

VAMPIRISM. v. SADISM. PERVERSIUNI SEXUALE

VATEL, SINDROMUL LUI. Descris în 1963 de P. Sivadon, M. Quidu și J. Rabardel, acest sindrom se caracterizează printr-o bruscă decompensare psihologică a unei persoane încadrată pînă atunci corespunzător în profesiunea sa. Psihopatologic, poate apare un bufeu anxios, cu trăirea morții iminente sau cu ideea de suicid (P. Marchais). (7)

VENTRICULOGRAFIE. Metodă radiologică de explorare a sistemului nervos central, practicabilă numai în servicii de neuro-chirurgie, ce constă din introducerea directă, transcerebrală, prin găuri de trepan a bolții craniene, a unei substanțe de contrast (uzual aer, dar și substanțe radioopace iodate) în cavitățile ventriculare, după extragerea prealabilă a unei cantități de LCR. Imaginea radiologică ventriculară apare deosebit de clară, dar, comparativ cu pneumoencefalograma, nu se evidențiază spațiile subarahnoidiene de pe convexitatea cerebrală și nici cisternele. Indicația principală este în tumorile de emisferă cerebrală, chiar în prezența stazei papilare (v. și PNEUMOENCEFALOGRAFIE). (6)

VERBALE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE, ILUZIE

VERBALISM, sin. și v. PSITACISM

VERBIGERAȚIE. Tulburare de vorbire caracterizată prin prezența unor stereotipii verbale repetate ritmic; uneori vorbi-

Scanned with CamScanner

rea devine de neînțeles și își pierde caracterul său principal de a comunica, a transmite ceva. V. se întîlnește mai ales în schizofrenie. (7)

VERBOMANIE. Exces de vorbire (Marchais)

VESTIBULARE, HALUCINAȚII, v. HALUCINAȚIE

VERTIGOFOBIE, sin. DINOFOBIE. v. FOBIE

VERTIJ. Manifestare ce constă în perceperea subiectivă a unei senzații de rotire, ascensiune sau oscilație a corpului în spațiu. În patologia psihiatrică vertijul se poate întîlni în sindromul de insuficiență circulatorie cerebrală sau în cadrul sindromului postcomoțional al traumatismelor craniene. Se semnalează de asemenea criza epileptică vertiginoasă din cadrul general al crizelor parțiale cu simptomatologie elementară. (6)

VESANIE. În tratatele de psihiatrie de la începutul secolului XX, prin V. se înțelegea psihoza cu evoluție îndelungată, adesea spre cronicizare și fără un substrat organic decelabil. V. ar corespunde cu ceea ce astăzi se numește psihoză endogenă, spre deosebire de psihozele exogene, organice. Termenul nu se mai folosește. (4)

VIBROTERAPIE. v. CONVULSIOTERAPIE, ELECTROȘOC

VILOXAZINA (Vivalan(R), J.C.J. 58834). Este un nou produs psihotrop cu proprietăți antidepresive (Bereen, 1973), fiind eficace în depresiile ușoare și moderate, însoțite de anxietate (Bayliss și colab., 1974) în doze de 150—200 mg pe zi. *Efectele secundare* sînt mai reduse decît după imipramină, cele mai frecvente sînt tulburările gastrointestinale (greață, vărsături, gură uscată). Este un medicament nou și locul său în psihofarmacologie nu este încă bine precizat. (5)

VINDECABIL. DELIR. v. DELIR

VIOL, TENTATIVĂ. Este actul sexual comis de un individ asupra unei femei, contrar voinței acesteia. În realizarea lui este folosită forța sau amenințarea cu forța — precum în cazuri mai rare — și circumstanțe speciale care pun femeia în imposibilitate de a se apăra (boală, imobilizare la pat, surpriză, debilitate fizică etc). În unele cazuri, V. este însoțit de acte de cruzime, ce se încadrează în practicile sadice (v. PERVERSIUNI SEXUALE, sadism). V. consumat și tentativa intră în prevederile Codului Penal, fiind, atunci cînd sînt dovedite, pedepsite. Din punct de vedere psihiatric se constată că multe V. sau tentative de V. sînt săvîrșite de bolnavi psihotici (psihoze epileptice, senile și presenile, alcoolici cronici, mai rar schizofreni) sau psihopați. Acest fapt este de mare însemnătate medico-legală în stabilirea responsabilității. (4)

Scanned with CamScanner

VÎRF EEG. Grafoelement cu durată scurtă, sub 1/12 sec., cu o morfologie particulară reprezentată de 3 elemente definitorii: pantă abruptă inițială, culme (vîrf), urmată de o altă pantă abruptă descendentă. Din punct de vedere al polarității, vîrfurile pot fi negative (în EEG deasupra liniei izoelectrice) sau pozitive, care, în general, sînt de natură funcțională. În sensul de grafoelement, vîrful se poate înscrie izolat, sub formă de polivîrfuri, adică o grupare de vîrfuri, sau intră în componența complexului vîrf-undă (v. COMPLEX VÎRF-UNDĂ). Din punct de vedere topografic, vîrfurile se pot înscrie difuz (nesistematizat), sau localizat. Vîrfurile corespund unei hipersincronizări neuronice paroxistice, cu semnificație variabilă, respectiv fiziologică (de ex. „vîrfuri de vertex") sau patologică, în special în domeniul epilepsiei. Sub o denumire improprie, ce contravine definiției vîrfului formulată anterior, se mai utilizează termenul de „vîrf-lent" pentru a defini un grafoelement, a cărui denumire corectă este „undă abruptă" (sharp waves) sau „undă în pantă abruptă" (onde à front raide), reprezentat morfologic de 3 elemente definitorii: pantă abruptă inițială, culme (vîrf), urmată de o pantă lentă. Se menționează de asemenea durata mai lungă, în timp, în comparație cu vîrful. Acest grafoelement are o valoare diagnostică considerabilă în special în epilepsie. (6)

VIREGYT. v. ADAMANTANAMINA

VISCERALE, HALUCINAȚII. v. HALUCINAȚIE

VÎSCOZITATE PSIHICĂ. Termenul se referă de fapt la o tulburare de gîndire întîlnită cu precădere în cadrul tulburărilor psihice permanente la epileptici, la care este posibil ca bradipsihia asociată cu bradilalia să creeze examinatorului impresia unei vîscozități a gîndirii. (6)

VISTARIL (Vistaril)(R), pamoat de hidroxizină, v. HIDROXIZINA

VIVACTYL(R) v. PROTRIPTILINA

VIVALAN. v. VILOXAZINA

VIZUALE, HALUCINAȚII, ILUZII. v. HALUCINAȚIE, ILUZIE

VOAERISM. v. PERVERSIUNE SEXUALĂ

VONTIL(R) v. TIOPROPERAZINA

VOMITOFOBIE. v. FOBIE

Scanned with CamScanner

WAARDENBURG, SINDROM. Descris în 1951, drept o suferință genetică autosomală de model dominant. Clinic se manifestă prin hipertelorism, heterocromie iriană și surditate, la care se adaugă, de cele mai multe ori, debilitate mintală. Marchais semnalează și posibilitatea apariției unei meșe de păr alb în regiunea frontală. (7)

WEIZSÄCHER, SINDROMUL LUI. Sindromul lui W. se caracterizează prin prezența metamorfopsiilor asociate cu tulburări de orientare temporo-spațială și o stare de neliniște, anxietate; apare în intoxicații acute cu haşiș, eter, mescalină. (7)

WINDSCHEID, SINDROM. Triada caracteristică pentru ateroscleroza cerebrală și care constă din cefalee, amețeli și tulburări de memorie (Feighin). (7)

Scanned with CamScanner

XANTINA. Este o bază azotată, cu o structură chimică asemănătoare cu a celor care intră în compoziția acizilor nucleici (purine). Pentru terapeutică au importanță derivații săi metilați: cofeina, teofilina, teobromina. (v. METILXANTINE și DERIVAȚI PURINICI). (5)

XENOFOBIE. v. FOBIE

XENOPATIE. În sens psihiatric, prin X. se înțelege o tulburare de fond a gîndirii de tipul delirului, în care bolnavul are convingerea că ideile pe care le vehiculează îi sînt impuse din exterior de forțe dușmănoase. X. se întîlnește în unele boli psihice, ca de pildă în schizofrenie, sub forma delirului de influență (automatism mental Clerambault). (v. DELIR și SCHIZOFRENIE). (4)

XENOPATIC, DELIR, v. DELIR

YOHISTRINE MASCULINE(R) este un preparat care conține clorhidrat de iohimbină, clorhidrat de stricnină, metilarsenat de Ca și Na, hormoni androgeni. Determină un efect tonic general, stimularea reflectivității medulare în special a centrului sacrat al erecției, erecție. Este eficace în insuficiențele sexuale masculine funcționale, impotență de origine psihogenă, diminuarea libidoului, neurastenie sexuală. În cazurile ușoare se administrează per os, în doze crescînde progresiv de la 1—6 drajeuri pe zi, fracționat, timp de 2 săptămîni. În alte cazuri, este necesar să se administreze la începutul tratamentului cîte o fiolă i.m. tot la două zile. După 5—10 fiole se trece la aplicarea per os a medicamentului (3—6 comprimate pe zi), timp de 2 săptămîni, la nevoie reluîndu-se utilizarea parenterală (v. mai sus). Acest preparat este contraindicat în impotențele datorate unor cauze organice, tulburări psihice și în cazurile în care sînt contraindicate componentele. (5)

Scanned with CamScanner

ZELOFOBIE. v. FOBIE

ZINGERLE, SINDROMUL LUI. sin. AUTOMATOZĂ. Sindromul lui Z. se caracterizează prin apariția în crize a unor mișcări complexe involuntare ca: tremurături, nistagmus, secuse mioclonice sau mișcări de rotire a corpului în jurul axului său longitudinal. Mișcările involuntare pot fi uneori însoțite de vertij și de tulburări de conștiință. (7)

ZONE EROGENE. Prin Z.E. psihanaliza desemnează părți din corp și organe a căror excitare produc senzații erotice (voluptoase). Organele genitale masculine și feminine sînt principalele zone erogene. La femei, valoare erogenă au și alte părți ale corpului: sînii, gura, fața internă a coapselor, uneori mucoasa ano-rectală (după psihanaliști) etc. Z.E. au mare importanță în sexualitate, în primul rînd în producerea — prin excitarea lor — a tensiunii erotice necesare copulației (coitului). Ele pot, prin transgresiune, să devină elective și să „fixeze" realizarea actului sexual pe o asemenea zonă. (2, 4).

ZOOANTROPIC, DELIR. v. DELIR

ZOOERASTIE, sin. și v. ZOOFILIE

ZOOFILIE. În accepțiunea psihanalitică mai veche, Z. este sinonimă cu bestialitatea, formă de perversiune sexuală caracterizată prin relații sexuale cu animale de diferite specii (v. PERVERSIUNE SEXUALĂ). Mai nou, prin Z. se înțelege iubirea exagerată manifestată de unii indivizi față de animale. Se consideră că — cel puțin într-o bună parte a cazurilor — ea reprezintă „marca" unei organizări defectuoase a personalității (obsedați, hiperemotivi, excentrici etc). (4)

ZOOFOBIE. v. FOBIE

ZOOMANIE. Atașament exagerat față de animale. (4)

ZOOPATIE. Prin Z. se înțelege ideea, de cele mai multe ori delirantă, de care sînt stăpîniți unii indivizi, ce se consideră

Scanned with CamScanner

fie „posedați" fie „transformați" într-un animal oarecare. Se distinge o Z. *externă*, caracterizată de credința bolnavului că este „parazitat" de diferite animale (cel mai adesea insecte), și o Z. *internă*, în care animalul sălășluiește în corp (viscere și mai ales organe cavitare: stomac, intestin). Z. apare în psihozele delirante cronice (schizofrenie, parafrenie, délire cenestopat-hipocondriace), la debilii mintali, în cursul unor decompensări psihotice sau, în afara lor, în condițiile de viață primitivă, în comunități subdezvoltate socio-cultural, unde poate reflecta, pînă la un punct, o credință colectivă (misticism, superstiție etc). (4)

ZOOPATII, HALUCINAȚIE. v. HALUCINAȚII

ZOOPSIE. v. HALUCINAȚIE, vizuală

Scanned with CamScanner

37- Psihopatii, sociopatii și stări (ou) psihopatoide

38- Psihoze de involuție, pa-
honania de involuție, depre-
sie, ezitene de involuție
catatonie tardivă?

39- Psihoze de involuție
demente senile, presenile
boala Herthaimer-Pick

40- Oligofrenile etiologie
patific în legătură cu deficit
intelectual probl de ingri-
jire și profilaxie.

4-6-7
7-9 11-13
9-11 13-15

9-11
3-7 Rec 1-13
9-11 13-15
11-13 15-16
13-15 17-19
15-16 19-21
17-19 21-23
19-21
21-23

2000 g/h
$\frac{30 \times 200}{6000}$
70-
6
64

$\frac{2000-x}{3500} = 0{,}2000$

$2000 - x = 3500 \times 0{,}200$ 700,0

$x = 2000 - 700 = 1$

$\frac{2000-1300}{3500} = \frac{700}{3500} = 0{,}200$

$\frac{31 \times 2}{6{,}200}$

1. D.6. și definiția istorie, Relevanțe
2. Ontogeneza vieții psihice 15-16 descrip
3. Critica unor curente 13-14 în speca celor existențialiste
4. Conștiința și tulb ei 12-13 și în grad și forme manifestare.
5. Percepția și tulb ei în afară de halucinații
6. Halucinații 11-12 caract gener. clasific și import. lor patogeneli
7. Atenția și tulb ei
8. Memorie caract și fecturb ei (sindr. amnestic)
9. Despre gândire judecată și tulb ei
10. Despre afectivit și tulb ei
11. Psihoigiena și psihoprofilaxie
12. Despre met de tratam. vise biologic active
13. Neuroleptice. Tipul fenotiaziniei indic terap și prologie
14. Tranchilis. mof ne fenotiaziniei indic terap și prologie
15. Tranchilis. minore (anxiolitice

16 - Timoleptice, timoanaleptice (antidepresive)
17 - Psihoterapia formei și indicații
18 - Despre s. depresiv. Clasificare stări depresive - (16)
19 - S. catatonic
20 - Tulb. psihice în traumatismul cran-cerebrale
21 - Confuzii mintale (simpt., etiolog. tratam.) C13
22 - Confuzia mintală primară (psihoze exogene primare) C13.
23 - Delir ac. subac. dg. tratam.
24 - Arteriosclerosa cerebrală incipientă, elemente de dg. + și dg. ≠ (dementa arteriosclerotică)
25 - Paralizia gen. progresivă
26 - Tulb. psihice în epilepsie. Ac. și psihozele episodice temporale, beția patologică, dipsomania, poriomania, depresia episodică, isterocontuzii periodice, agresivit. periodic.

5-8-9 9-11 13-15 17-19 21-23
11-13 15-17 19-21

27 - alcoolismul ac. (definiție simptome profilaxie tratament)
28 - psihoze fi fond de alcoolism ac. [illegible] halucinoza alc. epil. psihoza sy Korsakov b. Markiafava [illegible]
29 - Drog dependents și toxicomaniile în gen. morfinism în special
30 - Eunost. actuale despre schizofrenie simptome fund. ale schizofreniilor sistematiz.
31 - Schizofrenii nesistematiz. simpt., prognostic tratam.
32 - Sindr. discordante reacții schizoide, paranoide și schizodepresiv (dg. +)
33 - Psihoza maniaco depresivă
34 - Mania forme clasice și tratam.
35 - Melancolia
36 - Nevroze, nevroză experimentală, forme de nevroză simpt. tratam. - 18

40, 19, 33, 34, 17, 30, 31, 23 | 18, 10

Scanned with CamScanner

37- Psihopatii sociopatii
și stări (sau) psihopatoide
38- Psihoze de involuție, pa
ranoia de involuție, depre
sie, isterie de involuție
catatonie tardivă?
39- Psihoze de involuție
alcuvente senile, presenile
boala Herthaimer-Pick
40- Oligofrenile etiologie
tabific în legăt cu deficit
intelectual probl de ingri
jire și profilaxie.

4-6-7
7-9 11-13
9-11 13-15

9-11
3-7 Rec 1-13
9-11 13-15
11-13 15-16
13-15 17-19
15-16 19-21
17-19 21-23
19-21
21-23

2000 g/zi
$\frac{30 \times 200}{6000}$
70
6
64

$\frac{2000-x}{3500} = 0,2000$
$2000 - x = \frac{3500 \times 0,200}{700,0}$
$x = 2000 - 700 = 1$
$\frac{2000-1300}{3500} = \frac{700}{3500} = 0,200$

$\frac{31 \times 2}{6,200}$

1. Ob. și definiția istoric, Relevanța alte disc
2. Ontogeneza vieții psihice 15-16
3. Critica rezon/curente în speca celor existențialiste 13-14
4. Conștiința și tulb ei ei în grad și forme manifestare 12-13
5. Percepția și tulb ei în afară de halucinații
6. Halucinații caract gener. clasific și import. lor patogeneză 11-12
7. Atenția și tulb ei
8. Memorie caract și fecturile ei (sindr. amnestic)
9- Despre gândire judecată și tulb ei
10- Despre afectivit și tulb ei
11- Psihoigiena și psihoprofilaxie
12- Despre met de tratam. vise biologic active.
13.- Neuroleptice. tipul fenotiazinei indic terap și posologie
14. Tranchilizat. mof. ne fenotiazinei indic terap și posologie
15 Tranchilizat. minore (anxiolitice